

診断書・証明書等申込用紙

申込日	年 月 日
受付番号	

- ①診断書・証明書等の作成には3週間程、期間をいただいております。場合によってはそれ以上かかることもあります。
- ②診断書・証明書等は医師の判断で作成しておりますので、ご希望の内容に沿えない場合があります。
- ③診療科ごとにお申し込みください。
- ④申し込み後のキャンセル及び返金はお受けできません。
- ⑤お持ちいただいた用紙とは別にシステムで作成した診断書・証明書等をお渡しする場合があります。
- ⑥入院期間の証明は、退院日が決まってからお申し込みください。
- ⑦作成後、6ヶ月間取りに来られなかった場合は、診断書・証明書等を破棄いたします。
- 上記①～⑦を承諾された方は、太枠内をご記入してお申し込みください。

診察券番号		性別	男 ・ 女
フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成・令和
患者氏名			年 月 日
住所	〒 -		
申込者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 代理人（裏面ご記入ください） 続柄：（ ）		
電話番号	①	②	
診療科・担当医	科	先生	医師了承済 <input type="checkbox"/>
受取方法	<input type="checkbox"/> 郵送受取		<input type="checkbox"/> 普通郵便（郵送手数料100円） <input type="checkbox"/> 簡易書留（郵送手数料410円）
	郵送先 <input type="checkbox"/> 本人住所 <input type="checkbox"/> 代理人住所		
	<input type="checkbox"/> 窓口受取		

●診断書・証明書等の種類を選択しご記入ください。

診断書・証明書等の種類	料金 (1通につき)	必要通数	詳細
<input type="checkbox"/> 生命保険診断書 (90052)	5,500円	通	入院 年 月 日～ 年 月 日 年 月 日～ 年 月 日 通院 ※通院証明の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 年 月 日～ 年 月 日 その他の <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> ホルモン療法 証明 <input type="checkbox"/> 放射線療法 <input type="checkbox"/> 先進医療
<input type="checkbox"/> 院内様式診断書 (90062)	2,200円	通	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 死亡
<input type="checkbox"/> 傷病手当金意見書 (880060)	円	通	年 月 日～ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 労災 号 [療養・移送・装具・その他]	円	通	年 月 日～ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 通院証明書 (90068)	1,100円	通	年 月 日～ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 入院証明書 (90069)			
<input type="checkbox"/> 領収証明書 (90067)			
<input type="checkbox"/> 身体障害者診断書 (90061)	3,300円	通	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再認定
<input type="checkbox"/> 障害年金診断書 (90053)	5,500円	通	年 月 日頃から前後3ヶ月以内の現症 ※提出先に「現症日」を確認してからお申し込みください。
<input type="checkbox"/> 難病・自立支援医療	円	通	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 更生 <input type="checkbox"/> 育成
<input type="checkbox"/>	円	通	

委任状

令和 年 月 日

大阪市立総合医療センター 御中

【委任者（患者）】

氏名 _____

大・昭
生年月日 平・令 年 月 日

住 所 _____

※必ず患者さんご本人が署名してください。

私（患者）は、次の者を代理人と定め、診断書・証明証等の申し込み及び受領に関する一切の権限を委任します。

【受任者（代理人）】

氏名 _____

大・昭
生年月日 平・令 年 月 日

住 所 _____

受領書

私は、診断書・証明書等を受領しました。

令和 年 月 日

受領者氏名 _____

病院記入欄

事務連絡欄：

受付日	受付部署	受付者名	診断書担当	医師回付	完成	連絡	郵送・交付