

郵送による診断書等申込書

■患者様のお名前をご記入ください

※太枠内をご記入ください

申込年月日	年	月	日	診察券番号	
フリガナ					
氏名					
住所	〒 —				
TEL				担当医	

■文書の種類・料金についてご記入ください

☐ 傷病手当（3割負担時 300 円）	☐ 紹介状（3割負担時 750 円） （紹介先：_____）
☐ 当院書式診断書（3,500 円）	☐ 自立支援(新規・更新)（4,400 円） ※更新の方のみ
☐ 主治医意見書・傷病証明書（4,400 円）	☐ 精神保健福祉手帳（8,800 円） （精神保健福祉手帳 あり・なし）
☐ 運転免許用診断書（4,400 円）	☐ 精神障害者保健福祉手帳（8,800 円）
☐ 児童扶養手当用診断書（4,400 円）	☐ 医療機関外の情報提供書（4,400 円）
☐ その他診断書（簡易）（4,400 円）	☐ 会社書式診断書・産業医宛情報提供書（4,400 円）
☐ 生命保険会社書式診断書（5,500 円）	☐ リワーク意見書（4,400 円）
☐ 特別児童扶養手当認定診断書（8,800 円）	☐ 通院証明書・受診状況等証明書（5,500 円）
☐ その他診断書（複雑）（8,800 円）	
☐ 障害年金診断書（14,000 円）	
料金	診断書（_____ 円）+ 返送時の郵送料（ 500 円 ） = _____ 円

■ご郵送前に以下をご確認し、☒を入れてください（☐がない場合、受理できません）

☐ 当院に電話して診断書記載可能と郵送前に連絡を受けた
☐ 診断書等申込書（この用紙）に記載漏れがないことを確認した
☐ 現金書留にて郵送する
☐ 診察券写し・保険証写しを添付した
☐ 現金はおつりがでないように用意した
☐ 返金が万が一出た場合は半年以内に来院して受け取る必要があることを了承した

■当院から返送するレターパックの送付先をご記載ください。

住所	_____

名前	_____
電話番号	_____

レターパック差出人用シール
（ここには何も記載しないで下さい）

※担当者記載欄

受付日	受付者
/	

郵送	処理者
/	

領収額	処理者

労務不能欄	カルテ