

診断書・証明書等申込書

文書費用・郵送料は申込日にお支払いいただいています

※太枠内をご記入ください

		申込日	年	月	日
ID No.		診療科		主治医	先生
フリガナ		連絡先	☎		
患者氏名		生年月日	T・S・H 西暦	年	月 日
※ 患者本人以外の申込の場合のみ、下記にご記入ください。					
フリガナ		続柄	本人・家族()・第三者() ※第三者の方は同意書をご提出ください		
依頼者氏名		連絡先	☎		
住所	〒 _____				
<input type="checkbox"/> 保険会社診断書(入院・通院・手術証明)		<input type="checkbox"/> 傷病手当金支給申請書・傷病証明書			通
入院期間 年 月 日～ 年 月 日		期間 年 月 日～ 年 月 日			通
年 月 日～ 年 月 日		<input type="checkbox"/> 診断書・証明書(本院様式)		<input type="checkbox"/> 和文 <input type="checkbox"/> 英文	通
通院期間 年 月 日～ 年 月 日	通	(備考)			通
保険会社名 ()		<input type="checkbox"/> 診療情報提供書		<input type="checkbox"/> 和文 <input type="checkbox"/> 英文	通
※科が複数の場合は科ごとの証明になります。		宛先 ()			通
<input type="checkbox"/> 出産(一時金・手当金)証明書	通	<input type="checkbox"/> 診療費証明		<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院	
<input type="checkbox"/> 不妊治療助成証明書	通	期間 年 月 日～ 年 月 日			
期間 年 月 日～ 年 月 日	通	<input type="checkbox"/> 医療等の状況(スポーツ振興センター)			通
<input type="checkbox"/> 障害年金診断書	通	<input type="checkbox"/> 公費(54・52・38等)			通
<input type="checkbox"/> 受診状況等証明書	通	<input type="checkbox"/> 療養見舞金			通
<input type="checkbox"/> 臨床調査個人票	通	<input type="checkbox"/> 領収証明			通
<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患診断書	通	<input type="checkbox"/> 手術点数確認書			通
<input type="checkbox"/> 学校生活管理指導表	通	<input type="checkbox"/> 自賠責診療報酬明細書			通
<input type="checkbox"/> 身体障害者診断書	通	<input type="checkbox"/> その他			通
・自立支援医療 <input type="checkbox"/> 更正 <input type="checkbox"/> 育成 <input type="checkbox"/> 精神	通	()			
<input type="checkbox"/> () 手当認定診断書	通				
<input type="checkbox"/> 労災(通勤災害)請求書・診断書 ()号	通				
<input type="checkbox"/> 自賠責診断書	通				
受取方法	<input type="checkbox"/> 郵送 (原則郵送でお願いしております) ※宛名シールをご記入ください				
	<input type="checkbox"/> 入院中 (1号館 ・ B棟)				

以下、病院使用欄

受付	登録	外来	受取	交付
/	/	/	/	/

【備考】
期限 (月 日 まで)
CD-R (有 ・ 無)

(①病院控え・②申請者控え・③文書係控え)

申し込み文書送付先宛名ラベル

※送付先の住所・宛名を太枠内にご記入願います。

※この用紙をレターパックに貼付しますので正確にご記入願います。

※ラベルシールではなく、A4サイズの用紙にこのまま印刷してください。

おところ 〒 Address	都 府 道	区 市 郡
おなまえ Name		
電話番号 Telephone Number		

様

- 文書の出来上がりは、3～4週間を予定していますが、休診日や医師の都合により遅れる場合がありますので、予めご了承ください。また、文書記載後の申し込み取消・返金はできませんのでご了承ください。
- 種別に記載のない診断書・証明書・意見書等は、その記述内容等から下記のいずれかに準じて文書料金をお支払いいただきます。
- 文書の内容によっては、受診をしていただく場合がございます。また、記入できない場合がございますので予めご了承ください。
- 文書はできあがり次第レターパックライト(¥370)でお送りしております。

お問い合わせ先：順天堂大学医学部附属順天堂医院

文書受付対応時間：平日 / 9:00～17:00 土曜 / 9:00～15:00

電話番号：03-3813-3111 内線：5887・5888

各種文書料金一覧表

文書書式	文書名	金額 (税込)
当院様式	病院所定診断書	【和文】 ¥3,300
	病院所定証明書	【和文】 ¥3,300
	〃	【英文】 ¥11,000
公的書式	臨床個人調査票	¥3,300
	小児慢性疾患	¥3,300
	身体障害者診断書	¥6,600
	障害年金診断書	¥6,600
	自立支援医療（精神通院）診断書	¥3,300
	精神障害者保健福祉手帳用診断書	¥3,300
	肝炎治療受給者認定に係る診断書	¥3,300
	おむつ使用証明書	¥3,300
	石綿による健康被害の救済に関する法律	【診断書】 ¥3,300
	〃	【証明書】（外来） ¥660
	〃	【証明書】（入院） ¥1,650
		自立支援医療（更正）意見書
	自立支援医療（育成）意見書	¥0
任意書式	保険会社提出用診断書（入院分）	¥6,600
	保険会社提出用診断書（通院分）	¥6,600
	後遺障害診断書	¥6,600
	手術放射線等点数確認書	¥3,300
	医師意見書（施設入所等診断書）	¥3,300
	難病見舞金申請書	¥660
	登園・登校許可証（学校からの持ち込み）	¥0
自賠法書式	診断書	¥6,600
	明細書（外来分）	¥6,600
	明細書（入院分）	¥6,600
その他	特別児童扶養手当認定診断書	¥6,600
	運動器損傷証明書	¥6,600
	医薬品副作用被害救済制度に関する証明	【医療手当診断書】 ¥6,600
	〃	【受診証明書】 ¥3,300
	出産手当証明書	¥3,300
	出産育児一時金・家族出産育児一時金証明書	¥3,300
	分娩費等手当金申請書	¥3,300
	産科医療補償制度請求用診断書	¥11,000
	学校生活管理指導表	¥3,300
	受診状況等証明書（年金等の請求用）	¥3,300
	各種利用証明書（搭乗や利用に関して）	¥3,300
	旅行支援サービス意見書（在宅医療関係等）	¥0
	健診結果（二次健診用で学校からの持ち込み）	¥0
	治療装具証明書	¥0
	補装具交付意見書	¥0
	母子健康管理指導事項連絡カード	¥0
	医療等の状況（学校安全会）	¥0
	外来領収証明書	¥660
	入院領収証明書	¥1,650
	診療情報提供書	【英文】 ¥11,000
保険点数	診療情報提供書（Ⅰ）	【紹介状】 250点
	診療情報提供書（Ⅱ）	【セカンドオピニオン】 500点
	訪問看護指示書	300点
	療養同意書（マッサージ・はり・灸同意書）	100点
	傷病手当金意見書	100点
	結核予防法申請	100点
労災関係	療養費証明（様式7号、16-5）	¥0
	休業補償給付請求書（様式8号、16-6）	¥0
	診断書（症状固定）（様式10号、16-7）	¥4,000
	アフターケアの更新申請書	¥3,300
その他	上記以外	文書受付へご確認ください