

【診断書・証明書など申込書】

※太枠の中をご記入ください

同意書

年 月 日

秋田県立循環器・脳脊髄センター 病院長
石川 達哉 様

以下の診断書・証明書等の作成を依頼します。なお、作成にかかる費用の支払いについては、同意いたします。

| | | | |
|------|---|------|--------|
| 患者ID | | | |
| 患者氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 患者住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 | | |
| 受領方法 | <input type="checkbox"/> 窓口受領 <input type="checkbox"/> 郵送希望（切手代として84円以上かかります） ※郵送希望される場合は、請求書も同封いたします。 | | |
| 申請者 | | 続柄 | 本人・（ ） |

※書類送付先等が患者本人と異なる場合のみご記入下さい。

| | | | |
|---------|---|--|--|
| 書類送付先宛名 | | | |
| 書類送付先住所 | 〒 | | |
| 申請者電話番号 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 | | |

| | | |
|---|--|-----------|
| 申込書類 ※証明内容 主治医：（ ） 外来・入院 脳卒中診療部 脳神経外科 脊髄脊椎外科 神経内科 リハビリ 循環器内科 心臓血管外科 放射線科 その他（ ） | <input type="checkbox"/> 院内診断書（当センター書式） 提出先： _____ 記載内容： _____ _____ 証明期間： （通院分 ・ 入院分） 年 月 日 ~ 年 月 日 | 1通 2,200円 |
| | <input type="checkbox"/> 免許センター提出用診断書 | |
| | <input type="checkbox"/> 身体障害者診断書・意見書（新・再認） <input type="checkbox"/> 施設入所用診断書（老健以外） <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票（特定疾患診断書） <input type="checkbox"/> 自立支援医療費診断書兼意見書 | |
| | <input type="checkbox"/> 障害年金診断書（国民年金・厚生年金・共済年金・船員年金） | |
| | <input type="checkbox"/> 入院・通院・手術証明書（生命保険・簡易保険・自賠責保険 等） <input type="checkbox"/> 症状調査書 | 1通 5,500円 |
| | <input type="checkbox"/> 医療費受領証明書（年 月 日 ~ 年 月 日） | 1通 1,650円 |
| | <input type="checkbox"/> 傷病手当金意見書（年 月 日 ~ 年 月 日） | （保険適用） |
| | <input type="checkbox"/> 療養費同意書交付料（マッサージ同意書） | （保険適用） |
| | <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 提出先： _____ （病院・老健） 医師名： _____ | （保険適用） |
| | ※ 上記該当以外の診断書・証明書 <input type="checkbox"/> （ ） | 1通 円 |
| <input type="checkbox"/> 死亡診断書 | 1通 3,300円 | |

| | | | |
|-------|-------------------------------------|-------|-------|
| 受付担当者 | | | |
| 支払状況 | <input type="checkbox"/> 受付当日 領収済 | 領収年月日 | 年 月 日 |
| | <input type="checkbox"/> 書類完成時 領収予定 | | |

※窓口受領希望

確かに書類を受け取りました。

受取者（署名）