

【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 リハビリ 循環器内科 整形外科 総合診療部 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）