

# 診断書等交付申込書

申込日	年 月 日		診療券 患者ID番号	
患者氏名	(フリガナ)		生年月日	
			昭和 平成 令和	年 月 日
申込者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族 続柄： 氏名：		
		<input type="checkbox"/> その他 社名等： 氏名：		
患者住所	〒			
連絡先【TEL】	① ( )		② ( )	
受け取り方法	<input type="checkbox"/> 来院		<input type="checkbox"/> 郵送	
診療科・担当医	① 科 医師		② 科 医師	
備考（要望等）				

書類種別	数量	料金	詳細	
<input type="checkbox"/> 生命保険診断書	通	7,700円	入院 期間	① 年 月 日～ 年 月 日
				② 年 月 日～ 年 月 日
				③ 年 月 日～ 年 月 日
				④ 年 月 日～ 年 月 日
			通院証明の可否 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
通院 期間	①	年 月 日～ 年 月 日		

備考：

<input type="checkbox"/> 普通診断書	通	3,850円	提出先	<input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 役所 <input type="checkbox"/> その他 ( )
証明して ほしい内容	<input type="checkbox"/> 病名 <input type="checkbox"/> 手術・術式・手術日 <input type="checkbox"/> 治療内容			
	<input type="checkbox"/> 入院期間 年 月 日～ 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 治療期間 年 月 日～ 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 就労可能時期 年 月 日～ 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 自宅療養期間 年 月 日～ 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 現在の状態（麻痺あり、日常生活動作の低下、介護が必要など 詳しくご記入ください。）			
<input type="checkbox"/> 傷病手当金意見書	通	保険適用	証明期間	年 月 日～ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 労災 号	通	保険適用	証明期間	年 月 日～ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 身体障害者診断書 意見書	通	7,700円	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再認定	
<input type="checkbox"/> 難病関連	通	7,700円	疾患名：	
<input type="checkbox"/> 障害年金診断書	通	7,700円	<input type="checkbox"/> 年 月 日頃から3か月間以内の現症 <input type="checkbox"/> 年 月 日の現症 ※提出先に現症月をご確認ください。	
<input type="checkbox"/> 証明書	通	1,320円	<input type="checkbox"/> 通院期間 <input type="checkbox"/> 医療費 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
<input type="checkbox"/> その他	通	円	<input type="checkbox"/> 肝炎医療関連（新・更） <input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

文書料金（税込）	通	円
----------	---	---

受領サイン
年 月 日

お問い合わせ先： 宮城県立がんセンター 1階 中央受付  
〒981-1239 宮城県名取市愛島塩手野田山4-7-1 ☎022(384)3151  
月～金曜日8時30分～17時00分（土・日・祝日、12月29日～1月3日を除く）

病院処理欄	受付	会計入力
<input type="checkbox"/> 保険証	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ( )