

横浜市立脳卒中・神経脊椎センター 診断書・証明書等申込書

年 月 日 申込

フリガナ		診療カード 番号									X
患者氏名		生年月日	大	・	昭	・	平	・	令		
			年		月		日				
患者住所	〒 — 電話番号 ()										

フリガナ		続柄	
申込者氏名			
申込者住所	〒 — 電話番号 ()		

申込者の本人確認書類（健康保険証、運転免許証等）を確認させていただきます。また、同居親族以外の方の場合は、同意書又は委任状が必要になります。

診断書・証明書等の種類	文書作成料金	証明期間	部数
診断書（保険会社等の指定様式）	1通 7,700円	～	
各種年金診断書、身体障害者診断書等	1通 5,500円	～	
診断書（当院書式）※	1通 2,750円	～	
臨床調査個人票	1通 2,750円	～	
傷病手当金請求書	1通 0～300円	～	
診療情報提供書（紹介状）※	1通 0～1500円	～	
マッサージ・はり灸同意書	1通 0～300円	～	
その他 書類名：	1通 0～7,700円	～	

※「診断書(当院書式)」または「診療情報提供書(紹介状)」を申し込まれる場合は、記載する内容及び提出先をご記入ください。

【備考欄】

受取方法	<input type="checkbox"/> レターパック ※完成次第送付
	<input type="checkbox"/> 窓口受取 ※完成予定日 月 日(当院で記入します。)

- ◇レターパックの場合は、文書作成料金の他にレターパック料金がかかります。
- ◇窓口受取の場合は、完成予定日以降に引換書を持参のうえ、下記窓口までお越しください。引換書の持参がない場合には、申込者本人と確認ができる本人確認書類が必要となります。確認できない場合はお渡しできません。
- ◇申込日から6か月間受取がなかった場合は、文書を廃棄させていただきます。

	受付時間	受付場所
平日	8：30～17：00	書類受付（1階）
	17：00～20：00	救急外来（地下1階）
休日	8：30～20：00	救急外来（地下1階）

当院使用欄	主治医名 _____	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 外来	お会計	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 不要
本人確認	<input type="checkbox"/> 診察カード リストバンド	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他			
申込者確認	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 同意書等	<input type="checkbox"/> その他			

記載例

横浜市立脳卒中・神経脊椎センター 診断書・証明書等申込書

年 月 日 申込

フリガナ	ヨコハマ タロウ	診療カード 番号	0 1 2 3 4 5 6 7 X
患者氏名	横浜 太郎	生年月日	大・ 昭 ・平・令 27 年 8 月 1 日
患者住所	〒 235-0012 横浜市 磯子区 滝頭一丁目2番1号 電話番号 045(753)2500		

フリガナ	ヨコハマ ハナコ	続柄	長女
申込者氏名	横浜 花子		
申込者住所	〒 235-0011 横浜市 磯子区 丸山一丁目26番27号 電話番号 080(1234)5678		

申込者の本人確認書類（健康保険証、運転免許証等）を確認させていただきます。また、同居親族以外の方の場合は、同意書又は委任状が必要になります。

診断書・証明書等の種類	文書作成料金	証明期間	部数
診断書（保険会社等の指定様式）	1通 7,700円	R1.5.1～R1.6.10	1
各種年金診断書、身体障害者診断書等	1通 5,500円	～	
診断書（当院書式）※	1通 2,750円	R1.5.1～R1.6.10	1
臨床調査個人票	1通 2,750円	～	
傷病手当金請求書	1通 0～300円	～	
診療情報提供書（紹介状）※	1通 0～1500円	R1.5.1～R1.6.10	1
マッサージ・はり灸同意書	1通 0～300円	～	
その他 書類名：	1通 0～7,700円	～	

※「診断書(当院書式)」または「診療情報提供書(紹介状)」を申し込まれる場合は、記載する内容及び提出先をご記入ください。

病名と入院期間、〇〇病院 △△科 □□先生

【備考欄】

受取方法	<input checked="" type="checkbox"/> レターパック ※完成次第送付 <input type="checkbox"/> 窓口受取 ※完成予定日 ____月 ____日(当院で記入します。)
------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- ◇レターパックの場合は、文書作成料金の他にレターパック料金がかかります。
- ◇窓口受取の場合は、完成予定日以降に引換書を持参のうえ、下記窓口までお越しください。引換書の持参がない場合には、申込者本人と確認ができる本人確認書類が必要となります。確認できない場合はお渡しできません。
- ◇申込日から6か月間受取がなかった場合は、文書を廃棄させていただきます。

	受付時間	受付場所
平日	8:30～17:00	書類受付（1階）
	17:00～20:00	救急外来（地下1階）
休日	8:30～20:00	救急外来（地下1階）

当院使用欄	主治医名 _____	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> お会計 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 不要
本人確認	<input type="checkbox"/> 診察カード <input type="checkbox"/> リストバンド	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他
申込者確認	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 同意書等 <input type="checkbox"/> その他