

申込日 年 月 日

ID(カルテ番号)

お渡し予定日 年 月 日

患者情報	ふりがな							性別		
	氏名							男 ・ 女		
	生年月日	1 大正 2 昭和 3 平成 4 令和 年 月 日 (歳)								
	住所									
	連絡先	自宅				携帯				
ご依頼人	ふりがな				電話番号			続柄	委任状	
	氏名								有 ・ 無	
診療科		科		主治医	医師		身元確認			
							有 ・ 無			
書類種類	1. 診断書(身体障害・精神障害福祉・障害年金・特別児童・障害児福祉手当)(新規・更新) 通 6,600円(税込)									
	2. 診断書(生命保険会社等) 通 6,600円(税込)									
	3. 診断書(当院様式) 病名・入院期間・療養期間・就労可否または可能性・その他() 通 3,300円(税込)									
	4. 傷病手当金(受取時、保険証を持参してください) 通 保険点数									
	5. 医療等の状況証明書(学校から配布されたもの) 通 無料									
	6. 休業補償(労災) 通 保険点数									
	7. 特定疾患・小児慢性(新規・更新) 通 4,400円(税込)									
	8. 出産手当 通 3,300円(税込)									
	9. 回答書・文書照会 通 6,600円(税込)									
	10. 自立支援医療(更生医療・精神通院医療) 通 4,400円(税込)									
	11. その他() 通									
計 _____ 通										
入院期間		年 月 日 ～ 年 月 日								
通院日の記載		不要 ・ 要		年 月 日 ～ 年 月 日						
休業期間		年 月 日 ～ 年 月 日								
備考欄										

- ◎ 書類の作成には3週間程度要します。(内容により3週間以上要する場合はご連絡いたします。)
- ◎ 作成後6か月が経過しても受取に來られない場合は、書類を処分いたします。
- ◎ 書類作成後のキャンセルおよび6か月経過した書類の未受取の場合であっても、所定の料金をお支払いいただきます。

- ・代理の方が申込み・受け取りに来られる場合は、『委任状』と『身分証明書』が必要です。申込みの際に委任状が間に合わない場合は、受け取りの際に委任状を必ず提出してください。また、委任状の提出がない場合は書類をお渡しできません。
- ・書類受取の際は、自動精算機でお支払後、診察券・『本状』・領収書を書類受付にお持ちください。※身分証明書とは、免許証・保険証・パスポート・その他公的機関発行の証明書等です。
- ・相続人の方は、「戸籍謄本」または「法定相続情報証明書」をご提示ください。

加古川中央市民病院長 様

私は、上記内容に同意のうえ、書類を申込みます。

書類提出先より書類の発行に伴い、傷病名・症状・治療内容・その他関連事項について照会の申し出があった場合、貴院が回答することを承諾します。

ご不明な点がございましたら下記までお問い合わせください。

電話 079-451-5500(代)

お問い合わせ時間 午前9時～午後5時(ただし、土・日・祝は除く)

2026.6改定

[illegible]