

診断書依頼書及び支払同意書

※(太枠内を記入してもらってください)

患 者 氏 名	生 年 月 日	年 月 日	カルテNo.
---------	------------	-------	--------

私は、依頼した診断書に係る料金の説明を受け、支払うことに同意いたします。

依頼者 氏 名	連絡先 Tel	患者との 続柄
---------	---------	------------

診断書預かり日	年 月 日	診断書預かり者名
診断書依頼日	年 月 日	依 頼 先

診 断 書 の 種 類 (税込)	
1. 院内診断書	@ ¥ 2,200 (通) ※提出先と証明内容の確認
2. 生命保険診断書	@ ¥ 4,400 (通) ※入院(通院)証明期間の確認
3. 市町村交通災害共済見舞金診断書	@ ¥ 1,650 (通)
4. 死亡診断書 (A4・右側)	@ ¥ 2,200 (通) ※提出先確認
5. 院内死亡診断書 (当院用紙コピーに印)	@ ¥ 550 (通)
6. 身体障害診断書	@ ¥ 5,500 (通)
7. 臨床調査個人票 (難病認定用診断書)	@ ¥ 5,500 (通)
8. 後遺症診断書	@ ¥ 4,400 (通)
9. 自賠責診断書	@ ¥ 4,400 (通)
10. 自賠責明細書	@ ¥ 2,200 (通) ※証明期間の確認
11. 傷病手当金請求書 (保険請求)	(通) ※証明期間の確認
12. 労災休業補償診断書	無料 (労災請求) (通)
13. その他	(通)
料金受領の有無	未受領 ・ 受領済 料 金 円
電話連絡の有無	不 要 ・ 必 要 → 上記連絡先 Tel ()
郵 送 の 有 無 (封筒に住所を記入して いただいても構いません)	郵送不要 ・ 郵送希望 (□患者登録住所に送付 □下記の住所に送付) 〒 都・道 市・町 府・県 村・郡
診断書渡し確認欄	年 月 日に (本人 ・ 家族 ・ その他 ()) に対して、診断書を (郵送し ・ 渡し) ました。
備 考 欄	