

※太枠の必要事項に記入・チェックし、書類と一緒に②文書受付窓口に提出してください。

(患者氏名) _____ (患者番号) _____ 令和 年 月 日

(住所) _____

(生年月日) 大・昭・平・令 年 月 日 (電話番号) _____

(代理人) _____ (続柄) _____

書類確認先

(代理人住所) _____

本人 代理人

(代理人電話番号) _____

入院中

証明内容	診療科	科	担当医	先生	
	<input type="checkbox"/> 入院	期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 退院予定	
	<input type="checkbox"/> 通院	期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 傷病手当 <input type="checkbox"/> 労災	証明期間	※会社等で指定の期間を記入してください 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 病院指定様式 ※該当する内容に ○をしてください	記載項目	病名・初診日・手術名・入院期間・自宅療養期間・治療期間・ その他()		
		利用目的	勤務先・警察・学校・その他()		
<input type="checkbox"/> 上記以外					

【注意事項】

- ①文書作成は申込日(退院日)より **14日前後** (土日祝日を除く) の日数がかかります。
- ②文書の出来上がりについて、当院から連絡しません。 **下記問い合わせ先に電話で確認**をお願いします。
- ③書類は料金と引き換えになります。 **受け取りの際は、この用紙を会計窓口に必ず提出**してください。
預かり書をお持ちにならなかった場合、書類を交付できないことがありますのでご注意ください。
- ④申し込み後、ご本人の都合により **取り消し・料金の返金は出来ません**。
- ⑤内容の問い合わせをする場合があります。また、内容によって受診が必要となる場合があります。
- ⑥診断書・証明書は **1診療科ごとに1枚作成**します。
※入院中に転科された方(診療科が変わった)場合は、その診療科ごとに申込みが必要となります。
- ⑦ **申込みされた証明内容以外の訂正、追記は出来ませんので、ご了承ください**。
※申込みされた証明内容以外の訂正、追記は新しい書類作成となるため、下記の料金がかかります。

《上記内容にご了承いただけましたら署名をお願いします》 署名欄

【病院記入欄】

No	文書の種類	単価(税込)	数量	金額	備考
1	<input type="checkbox"/> 保険会社用診断書・証明書(入院)	5,400 円		円	
2	<input type="checkbox"/> 保険会社用診断書・証明書(通院)	4,320 円		円	
3	<input type="checkbox"/> 病院指定様式診断書・証明書 (事故警察提出用[1通目])	3,240 円		円	
4	<input type="checkbox"/> 病院指定様式診断書(装具関係)	0 円		円	
5	<input type="checkbox"/> 傷病手当	保険点数		円	
6	<input type="checkbox"/> 身体障害者診断書・意見書	5,400 円		円	
7	<input type="checkbox"/> 労災関係(様式 号)	円		円	
8	<input type="checkbox"/> 医療等の状況	0 円		円	
9	<input type="checkbox"/> 施設入所用診断書	3,240 円		円	
10	<input type="checkbox"/> 診断書(年金関係)	5,400 円		円	
11	<input type="checkbox"/> 軽度者に関する福祉用具貸与の例外受給について	3,240 円		円	
12	<input type="checkbox"/> 領収証明書	3,240 円		円	
13	<input type="checkbox"/> その他()	円		円	

※お受け取りの際に下欄へ署名をお願いします。

受取年月日 令和 年 月 日 ※受取人等確認

受取人氏名 _____ (続柄) _____

受付	外来	病棟

【問い合わせ先】黒石病院 事務局 医事会計係 TEL 0172-52-2121 (内線 861)

受け渡し時間は、平日の午前8時15分から午後5時まで(木曜日は午後7時まで) 令和元年7月8日改定