

## 文書交付申込書

患者ID:

※太枠線内をご記入ください。

申込日 年 月 日

患者様		フリガナ		明・大・昭・平	
氏名		生年月日		年 月 日	
申込者					
<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 代理人 (氏名: 続柄: 住所: )					
書類完成後の連絡先 ※8:30~16:00までの間で連絡のつく連絡先 ※その他の方は連絡先名のご記入をお願いします。					
<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 代理人 自宅・携帯・その他 ( - - ) (※連絡先 )					

## 書類の種類・枚数

①傷病手当金支給申請書	医療保険扱い × 通	⑫介護支援専門員からのお願い	0円 × 通
②マッサージ同意書	医療保険扱い × 通	⑬主治医の意見書	3,300円 × 通
③年金関係診断書	7,700円 × 通	⑭運転免許更新の診断書	3,300円 × 通
④受診状況等証明書	3,300円 × 通	⑮ハローワーク関係証明書	3,300円 × 通
⑤特別児童扶養手当認定診断書	5,500円 × 通	⑯身体障害者診断書	5,500円 × 通
⑥生命保険診断書・証明書	5,500円 × 通	⑰(難病・肝炎)申請診断書	5,500円 × 通
⑦生命保険診断書(介護・障害用)	7,700円 × 通	⑱おむつの証明書	0円 × 通
⑧精神障害者保健福祉手帳診断書	3,300円 × 通	【 <input type="checkbox"/> 自立同時申請 指定薬局( )】	
⑨当院所定の診断書	3,300円 × 通	【提出先】 <input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 学校 <input 4"="" type="checkbox/&gt;( ) (※確認必須)&lt;/td&gt;&lt;/tr&gt;&lt;tr&gt;&lt;td colspan="/> 【記載事項】 <input type="checkbox"/> 自宅療養期間 <input type="checkbox"/> 病名 内容( ) (※確認必須)	
⑩紹介状	<input type="checkbox"/> 3,300円 / <input type="checkbox"/> 医療保険扱い × 通	【宛先( )】 (※確認必須)	
【希望理由			
⑪精神通院医療(自立)診断書	3,300円 × 通	【指定薬局( )】 (※確認必須)	

## 証明期間・診療科など

書類( ) 証明期間( 年 月 日 ~ 年 月 日) 内科 神経科 Dr \_\_\_\_\_

## 備考・その他

( )

## 注意事項

- 書類の作成に、約2週間程かかります。書類の種類や記載事項によって長くなる場合がございますので、ご了承ください。
- 書類の作成のために診察・検査が必要な場合があります。(その際はご連絡致します。)
- その場合、診察・検査をしてから書類を作成するため、お預かり期間が長くなりますので、ご了承ください。
- 書類完成後にキャンセルのお申し出があっても、所定の料金をお支払い頂くこととなりますので、ご了承ください。
- 書類は料金と引き換えです。
- 「文書引換票」は、書類を受け取りの際必要となりますので、大切に保管してください。

私は、注意事項・料金の支払いに同意いたします。

申込者 署名

## 受取確認

私は、上記の通り依頼した文書を受け取りました。

受取日: 年 月 日

受取者 署名

※本人でない場合:(続柄 )

## 文書引換票

受付日: 年 月 日

診察券番号	患者氏名	書類合計 枚	料金合計 円
-------	------	--------	--------

完成書類はこの患者様控へと交換となります。お受け取りの際は、「健生クリニック1階 総合受付」にご提出ください。

【お問い合わせ】 健生クリニック 診療事務課 平日9:00~16:30 土曜日9:00~12:00

TEL:0172-55-7707(内線:3106) 〒036-8104 青森県弘前市大字扇町2丁目2-12