

診断書・諸証明作成依頼 兼 交付願

松病証第 号

下記太枠内の記入をお願いします。

東京都立松沢病院長 殿		患者ID
		申込日 年 月 日
患者様	氏名 _____ 生年月日 年 月 日 _____ 〒 住所 _____	
依頼者様	氏名 _____ 〒 住所 _____ 日中の連絡先 _____	患者様から 見た続柄
下記の通り 診断書などの書類 _____ 通 の交付をお願いします		
内容	院診断書・自立支援診断書・精神保健福祉手帳診断 通 ( Dr. ) 障害者年金診断書・傷病手当金・診療情報提供書 通 ( Dr. ) 生命保険( )・労災(療養補償・休業補償) 通 ( Dr. ) _____ 通 ( Dr. )	診療科( ) <input type="checkbox"/> 傷病手当金意見書:100点 <input type="checkbox"/> 療養費同意見書 交付料:100点 <input type="checkbox"/> 診断書(保険・自賠):4500円 <input type="checkbox"/> 診断書(一般):1500円 <input type="checkbox"/> 証明書:900円 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書:250点 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書(セカンドOP):500 <input type="checkbox"/> 労災(療養補償):900円 <input type="checkbox"/> 労災(休業補償):2000円 <input type="checkbox"/> CD-ROM:100円 <input type="checkbox"/> 生命保険問い合わせ:3000円
備考	_____ _____ _____	
使用目的	_____ _____	
出来上がりの書類の受取方法 窓口・郵送 (*切手・返信用封筒はご自身でご用意下さい) 切手代目安: 92円プラス特定記録160円		
窓口で受取の場合の受取者 患者本人・本人以外 _____		

以下病院記入欄

本人確認	申込時	免許証 保険証 診療券 その他( )	受付
	交付時	免許証 保険証 診療券 その他( )	
※受取予定人以外の方が来た場合は氏名を記入( 様)			

文書料  ¥  点数

福祉請求

F

医事課長	収納管理担当係長	担当

	診療予定表	交付願	封筒	文書
文書①	/			
文書②				
計算				/