# 診断書・証明書等作成申込書

| 申込日 | 年　月　日 |
|---|---|

| 診察券<br>登録番号 | | 連絡先電話番号 平日8:00から17:00<br>（書類についてわかる方の電話番号） |
|---|---|---|
| ふりがな | | ☐ 自宅　☐ 携帯　☐ 勤務先　☐ その他 |
| 患者氏名 | | （　　） |

患者ご本人の申込の場合は記入不要です

| ふりがな<br>申込者<br>氏名 | | 患者との<br>関係 | 家　族（　　）<br>第三者（　　）※ |
|---|---|---|---|

※添付あり　☐ 患者の同意書（委任状）原本、お亡くなりの場合は患者本人の除籍謄本コピー
☐ 申込者の写真付き身分証明証コピー

| 診療科名 | | 担当医師名 | |
|---|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 生命保険会社宛<br>（1通 5,500円）　通 | 障害年金<br>（1通 5,500円）　通 | 医科研書式<br>（1通 3,300円）　通 |
| 傷病手当請求書<br>（保険診療にて請求）　通 | 身体障害者手帳<br>（1通 5,500円）　通 | 外国語文書<br>（1通 5,500円）　通 |
| 指定難病（臨床調査個人票）<br>（1通 5,500円）　通 | 医療費証明書<br>（1通 2,200円）　通 | その他　通 |

【証明期間】通院・入院回数、労務不能期間等　書類の様式に沿って記入をお願いします

| | |
|---|---|
| 通院　入院　傷病手当 | 年　月　日 ～　年　月　日 |
| 通院　入院　傷病手当 | 年　月　日 ～　年　月　日 |
| | |
| | |

**受取方法**　ご希望の箇所に〇をお願いします

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 受付カウンターにて受取を希望します | | |
| | 郵送を希望します | | 速達を希望します（別途速達料金260円かかります） |

郵送代金は普通郵便・定形封筒84円、定形外封筒120円がかかります

# 診断書・証明書等 預り・引換票

受付カウンターにて書類を受取る際は、この「診断書・証明書等 預り・引換票」を必ずご持参ください

| 患者氏名 | | 様 | 通 |
|---|---|---|---|
| 申込日 | 年　月　日 | | |

・文書を作成した時点で料金が発生します。作成後のキャンセルはできません。
・申込から受取まで2週間程度かかります。なお、医師の都合により遅れる場合がありますのでご了承ください。
・書類の出来上がり状況については来院前にお問い合わせください。

**東京大学医科学研究所附属病院　医事チーム　03-5449-5215**（平日08:30から17:00）