

私は、以下の内容を確認し、費用の支払いに同意した上で、診断書等を申込みます。

※「患者氏名」又は「申込者」に署名することで、同意書とさせていただきます。

※太枠線内を記載してください。

申込日： 年 月 日		診察券番号：	
フリガナ 患者氏名 (署名)		性別	生年月日
		男・女	大正・昭和 平成・令和 年 月 日
住所	<input type="checkbox"/> 公費受給者証と同じ(☑で住所記載省略可) ※青森県外の方は記載して下さい。 〒		連絡先電話番号

○患者本人以外が申込する場合

フリガナ 申込者 (署名)		続柄	連絡先電話番号
---------------------	--	----	---------

申込内容	申込書類区分	料金(税込)	必要部数	備考
		自立支援(精神通院医療)診断書	4,400円 / 生保 1,400円	
	精神障害者保健福祉手帳診断書	4,400円		92001
	「重度かつ継続」に関する意見書(追加用)			
	先天性血液凝固因子障害等治療研究事業診断書	4,400円		92001
	肝炎治療特別促進事業、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業診断書	7,700円		92003
	石綿による健康被害の救済に関する法律 診断書	7,700円		92003
	石綿による健康被害の救済に関する法律 受診等証明書	5,500円		92007
	指定難病臨床調査個人票	5,500円 / 生保 500円		92016・90243
	小児慢性特定疾病医療意見書	5,500円 / 生保 780円		92017・90244
	その他() ※上記に準じた料金を適用			

受取方法	<input type="checkbox"/> 当院から自治体又は保健所へ郵送します。		
	<input type="checkbox"/> 郵送受取	→	<input type="checkbox"/> 簡易書留希望 切手及び封筒を準備してください <input type="checkbox"/> 普通郵便希望 切手及び封筒を準備してください
		<input type="checkbox"/> 窓口受取	→

支払方法	<input type="checkbox"/> 窓口払 (診断書完成後の受診日にお支払いをお願いします)		
	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 郵便振替 <input type="checkbox"/> コンビニ (診断書完成後、上記住所へ振込用紙を送付します)		

注意事項

- ・申込時は、本人確認資料として、公費受給者証の提示をお願いします。
- ・代理で申込み又は受取りをされる方は、来院時に診察券及び公費受給者証を確認させていただきます。
- ・料金は、診断書等の完成後にお支払い頂きます。
- ・文書作成にあたっては、4週間～6週間程度の日数をいただいております。なお、内容によりそれ以上かかる場合がありますのでご了承ください。
- ・郵送を希望される場合は、送付先を記載し切手を貼った返信用封筒をご用意ください。

病院側記載

依頼診療科	受付担当者