

# 文書交付申込書

※太枠の中をご記入下さい

受付日：平成 年 月 日

|      |  |        |          |            |          |  |  |
|------|--|--------|----------|------------|----------|--|--|
| 患者   | フリガナ   |        |          | 生年         | 大正 昭和 平成 |  |  |
|      | 氏名   |        |          | 月日         | 年 月 日    |  |  |
|      | 診療券の番号   |        |          |            |          |  |  |
|      | <input type="checkbox"/> 自衛官 <input type="checkbox"/> 事務官等 <input type="checkbox"/> 防衛省共済組合被扶養者 <input type="checkbox"/> その他 |        |          |            |          |  |  |
|      | 階級   | 所属     |          | ( ) 駐屯地・基地 |          |  |  |
|      | (隊員のみ)   | (隊員のみ) |          | 内線 ( )     |          |  |  |
| 住所   | 〒  |        |          |            |          |  |  |
| 申込者  | フリガナ   |        |          | 患者との関係     |          |  |  |
|      | 氏名   |        |          |            |          |  |  |
| 連絡先  | フリガナ   |        |          | TEL①       | ( )      |  |  |
|      | 氏名   |        |          | TEL②       | ( )      |  |  |
| 申込内容 | 診療科  |        |          | 主治医        | 先生       |  |  |
|      | 入院期間   | (1)    | 平成 年 月 日 | ～          | 平成 年 月 日 |  |  |
|      |  | (2)    | 平成 年 月 日 | ～          | 平成 年 月 日 |  |  |
| 通院   | 平成 年 月 日   |        | ～        | 平成 年 月 日   |          |  |  |

|       |        |    |       |        |    |    |  |
|-------|--------|----|-------|--------|----|----|--|
| 医事課メモ |        |    |       | 医師申し送り |    |    |  |
| 電話    | 希望・不要  | 受診 | 年 月 日 |        |    |    |  |
| 担当    | 内線 ( ) |    |       |        |    |    |  |
| 連絡    | 本・留    | 伝  |       |        | 点数 | 金額 |  |

\*希望する種類の診断書・証明書の数量を記入してください\*

| コード                             | 当院所定の書式の診断書・証明書                   | 金額     | 数量 |
|---------------------------------|-----------------------------------|--------|----|
| 01                              | 診断書 (※下部記入欄に内容を記入して下さい。)          | 1,080円 | 通  |
| 01                              | 警察提出用   通   会社提出用   通   学校提出用   通 | 1,080円 | 通  |
| 13                              | 入院証明書(病名記載なし)                     | 540円   | 通  |
| 15                              | 通院証明書(病名記載なし)                     | 540円   | 通  |
| コード                             | 保険関係診断書・証明書(防衛省団体・共済を含む)          | 金額     | 数量 |
| 03                              | 保険会社提出用診断書・通院証明書                  | 2,160円 | 通  |
| 20                              | 診療報酬点数証明書                         | 540円   | 通  |
| コード                             | 自動車損害賠償責任保険【担当：連携室】内線：6210        | 金額     | 数量 |
| 02                              | 自動車損害賠償責任保険診断書                    | 2,160円 | 通  |
| 11                              | 診療報酬証明書                           | 2,160円 | 通  |
| コード                             | 法的な診断書【担当：連携室】内線：6219             | 金額     | 数量 |
| 17                              | 小児慢性・特定疾患診断書                      | 2,160円 | 通  |
| 18                              | 身体障害者診断書・意見書                      | 2,160円 | 通  |
| 19                              | 自立支援医療診断書(精神通院)                   | 2,160円 | 通  |
| 20                              | 厚生・国民等障害年金診断書                     | 2,160円 | 通  |
| 21                              | 肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書               | 2,160円 | 通  |
| 33                              | 特殊疾病(難病)申請診断書(臨床調査個人票)            | 2,160円 | 通  |
| 34                              | 主治医診療報告書(気管支ぜん息用)                 | 2,160円 | 通  |
| コード                             | 健康保険適用の証明書                        | 点数     | 数量 |
| B012                            | 傷病手当金申請書(※下部記入欄に期間をご記入下さい。)       | 100点   | 通  |
| B013                            | 療養費同意書(マッサージ同意書)                  | 100点   | 通  |
| C007                            | 訪問看護指示書                           | 300点   | 通  |
| コード                             | 防衛省・自衛隊内で使用する規則等に定められた診断書         | 金額     | 数量 |
| -                               | 当院所定の診断書 (※下部記入欄に内容を記載して下さい。)     | 0円     | 通  |
| -                               | 移送費請求書                            | 0円     | 通  |
| コード                             | 各種労災申請書【担当：連携室】内線：6210            | 点数     | 数量 |
| -                               | 公務災害診断書                           | 0円     | 通  |
| -                               | 療養費用請求(7号様式・16号の5(1)または(2))       | 0円     | 通  |
| -                               | 休業補償請求(8号様式・16号の6)                | 2,000円 | 通  |
| コード                             | その他証明書                            | 金額     | 数量 |
| -                               | 出産一時金請求書(家族出産費申請書)                | 0円     | 通  |
| -                               | 出産手当金請求書                          | 0円     | 通  |
| -                               | 医療等の状況                            | 0円     | 通  |
| -                               | 診療明細書                             | 0円     | 通  |
| -                               | 修正・訂正依頼(※下部記入欄に修正内容を記載して下さい。)     | 0円     | 通  |
| ※上記にない場合はこちらに用紙の名称と数量を記入してください。 |                                   |        |    |
|                                 |                                   |        | 通  |
| 記入欄                             |                                   |        |    |