

※本申込書を印刷をする場合は、
可能な限り両面印刷をお願い
いたします。

診断書等交付申込書

●患者		申込日	年	月	日	
診察券番号 (カルテ番号)		生年月日	大平 昭令	年	月	日
フリガナ		患者連絡先		— —		
患者氏名						
※防衛省職員の方	所属部隊：	階級・学年：				
※自衛隊員以外の方	住所	〒 — — — — —				

●申込者（患者ご本人の場合は記入不要です。） ※患者ご本人以外の方の申込は委任状が必要となります。

申込者氏名		申込者連絡先	— —
-------	--	--------	-----

●申込内容（証明する内容をご記入ください。）

提出先 (例：〇〇生命)		申込部数	通
診療科	科	主治医	先生
(申込をされる診断書等の種類を○で囲ってください。)			
・生命保険会社の診断書(証明書) ・診療明細書 ・傷病手当金(郵送での受領はできません。)			
・労災用診断書 ・自賠責診断書 ・退院証明書 ・児童健康診断書 ・年金用診断書			
・身体障害者用診断書 ・精神科診断書 ・公安委員会提出用診断書 ・臨床調査個人票			
・その他 ()			
証明期間 または 証明内容 (必ずご記入ください。)	(入院期間) 平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日		
	(通院期間・証明期間) 平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日		
	(通院日・証明日) (年 月 日) (年 月 日) (年 月 日)		
	(入院中または外来での手術) 有 ・ 無		

●書類完成後の連絡先

連絡先電話番号 (携帯・自宅・部隊)	— —	氏名	
-----------------------	-----	----	--

●受領者（該当項目を○で囲ってください。） ※患者ご本人以外の方の受領は委任状が必要となります。

本人	家族	その他 ()
----	----	---------

●受領方法（該当項目を○で囲ってください。）

窓口	郵送 (※1)
(※1) 郵送希望の方は、レターパックプラス(520円)をご持参いただき宛先に住所・氏名を明記のうえ、受付にお渡しください。 あわせて、診断書等料金は前払いでお願いいたします。	

○診断書等の作成には1ヶ月程度、お時間をいただいております。あらかじめご了承ください。

○委任状は、病院指定の様式を病院窓口で配布、病院ホームページにて掲載(PDF)しております。

○記入していただいた個人情報は診断書等の交付手続きにのみ使用します。

文 書 料 点 数 表

連番	文書名	金額（一般の方）	金額（防衛省関係者）	発行数
1	一般診断	3,300 円	2,310 円	
2	恩給診断書	6,600 円	4,620 円	
3	後遺障害診断書	8,800 円	6,160 円	
4	特殊な診断書	4,400 円	3,080 円	
5	自動車損害賠償診断書	5,500 円	3,850 円	
6	福祉年金診断書	1,760 円	1,230 円	
7	生命保険等診断書	7,700 円	5,390 円	
8	児童扶養手当障害認定診断書	1,760 円	1,120 円	
9	診療報酬明細書（レセプト）	2,200 円	1,540 円	
10	福祉手当認定診断書	1,760 円	1,120 円	
11	死亡診断書	4,500 円	3,470 円	
12	病歴書	3,300 円	2,310 円	
13	入退院証明書	3,300 円	2,310 円	
14	医療費支払い証明書	3,300 円	2,310 円	
15	傷病手当金請求書	診 療 報 酬 点 数		
16	労災用診断書	2,000 円		

合 計 金 額

円

診断書等などの発行に関して、上記の金額を負担することに同意します。

年 月 日

申込者署名：

依頼した診断書等を受領しました。

年 月 日

受領者署名：

※(医事課記入欄)

受付担当者	TEL 日