

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 昭	平 令	年 月 日
ふりがな		患者連絡先	— —		
患者氏名					
住所	〒 —				
※ 防衛省職員の方	所属部隊：		階級・学年：		

●申込者（患者本人の場合は記入不要です。） ※本人以外の申し込みは委任状が必要になります。

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

●申込内容（証明する内容を記入下さい。）

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。)

- ・一般診断書 ・生命保険等診断書 ・診療明細書 ・傷病手当金請求書 (郵送での発送はできません)
- ・診療報酬点数証明書・公安委員会提出用診断書・臨床調査個人票・受診状況等証明書・精神福祉手帳申請用
- ・年金申請用診断書・後遺障害診断書・労災用診断書・身体障害者診断書・退院証明書・自賠責診断書・恩給診断書
- ・児童健康診断書・死亡診断書・病歴書・福祉年金診断書・福祉手当認定診断書・児童扶養手当障害認定診断書
- ・診療報酬明細書(レセプト)・特殊な診断書 ・その他 ()

証明期間 または 証明内容	(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 (患者本人の場合は不要)	
-----------------------	-----	---------------------	--

●受 領 者 (該当項目を○で囲ってください。) ※患者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	・郵送での受領を希望の方は、レターパックプラスをご持参いただき宛先に住所・氏名を明記の上、受付にお渡しください。 ・診断書等料金は申込時に前払いでお支払いいただきます。
-----	-----	---

- 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。
 (申込みの内容・証明期間によってはそれ以上かかる場合がありますので、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。
- ご記入いただいた情報は診断書、意見書、画像等の交付手続きにのみ使用します。

文書名	金額（一般の方）	金額（防衛省関係者）	発行数
生命保険等診断書	¥7,700	¥5,390	
診療明細書			
○傷病手当金請求書 (郵送での受領不可) ○マッサージ同意書	点数100点		
公安委員会提出用診断書 臨床調査個人票 受診状況等証明書 精神福祉手帳申請用 年金申請用診断書 身体障がい者診断書 児童健康診断書 その他	¥4,400	¥3,080	
一般診断書 (自衛隊横須賀病院様式) 診療報酬点数証明書 (医療費支払い証明書) 退院証明書 (自衛隊横須賀病院様式) 病歴書	¥3,300	¥2,310	
後遺障害診断書	¥8,800	¥6,160	
労災用診断書	¥2,000		
自賠責診断書	¥5,500	¥3,850	
恩給診断書	¥6,600	¥4,620	
福祉年金診断書 福祉手当認定診断書 児童扶養手当障害認定診断書	点数160点	¥1,230	
死亡診断書	¥4,500	¥3,470	
診療報酬明細書(レセプト)	¥2,200	¥1,540	

合計金額	¥
------	---

診断書等などの発行に関して、上記記載内容に同意します。

____年 ____月 ____日 申込者署名 _____

申込みを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	電話確認日