

文書申込書兼支払同意書

診断書等必要な方は太枠の中を記入のうえ
診断書用紙とともに受付に出してください。

申込日：令和 年 月 日	申込者 (署名)	続柄
患者番号：	連絡先	TEL
氏名： 生年月日：		受付者
	診療科	主治医
病棟：	入院日	年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日
	証明を希望する期間	年 月 日 ~ 年 月 日

コード	種 別	枚数	金額 (税込)	コード	種 別	枚数	金額 (税込)
1004	普通診断書		3,300 円		傷病手当金意見書		100 点
1021	健康診断書		3,300 円		労災保険診断書(定期報告書)		4,000 円
1037	生命保険関係診断書		6,600 円		労災保険診断書(休業補償)		2,000 円
1030	生命保険関係診断書(A4片面以上)		7,700 円				
1022	障害認定診断書 <small>(国民年金・厚生年金保険)</small>		5,500 円				
1023	身体障害者診断書		5,500 円				
1024	難病医療費助成制度診断書		4,400 円				
1025	恩給診断書		3,300 円				
1027	裁判所所定の診断書		5,500 円				
1028	自賠責関係診断書		5,500 円				
1057	自賠責関係明細書		5,500 円				
1029	通院・入院証明書		4,400 円				
1046	診療費支払証明書		2,200 円				
1047	おむつ使用証明書		1,100 円				
1041	その他の診断書(A4片面)		2,200 円				
1030	その他の診断書(A4片面以上)		5,500 円				
1048	その他の証明書(A4片面)		1,100 円				

----- キリトリセン -----

文書預兼引換券

(患者番号:)
患者氏名

様

(申込日 年 月 日)

文書作成までに約2週間程度の日数を要する場合があります。ご了承ください。
文書のお問い合わせは、平日の午前9時から午後5時までの時間帯にお願いいたします。

注
意

本券をご持参でない場合は文書をお渡しできない場合があります。
文書を受け取りにご来院の際は必ず本券をご持参ください。

お問い合わせ先 〒910-4272 福井県あわら市北潟238号1番地
独立行政法人国立病院機構 あわら病院
TEL (0776) 79-1211 内線 784-217(医事係)

受付者(部署名): ()

R7.11.25あわら病院