

書類作成申込書(文書窓口専用)

<ダウンロード版>

患者 ID

患者名

生年
日

記入見本

受付日 年 月 日

太枠内をご記入ください

※文書料金は原則申込時のお支払いとなります

診療科名:

医師名:

フリガナ	ドッキョウ タロウ	男・女	生年月日	5年 1月 1日 生
患者氏名	獨協 太郎		大・昭・平・令	
TEL	携帯TEL 090-1234-5678	自宅TEL 048-965-1111		
申込者	☒ 患者本人 ☐ 家族 申込者氏名: 続柄:			
	☐ 上記以外(委任状が必要です) 申込者氏名: ☐ 運転免許証 ☐ その他 ☐ マイナンバー ()			
申込者住所 (本人以外)	〒 TEL			
受取方法	☒ 郵送希望 (※レターパックを事前にご用意ください) ☐ 窓口来院			
☒ 申込内容を確認し、費用の支払いに同意します。(科が複数の場合は、診療科ごとに料金が発生します)				

文書の種類・ 証明期間	☒ 診断書(保険会社用) 【入院】 7,700円
	【入院期間】 ① 令和8年 3月 15日 ~ 8年 3月 25日
	② 年 月 日 ~ 年 月 日
	③ 年 月 日 ~ 年 月 日 1通
	☐ 診断書(保険会社用) 【通院・手術証明(外来)】 5,500円
	【通院期間】 年 月 日 ~ 年 月 日
	【手術日】 年 月 日 通
	☐ 傷病手当金 ① 年 月 日 ~ 年 月 日 (保険100点)
② 年 月 日 ~ 年 月 日 通	
☐ 自賠責診断書 年 月 日 ~ 年 月 日 7,700円 通	
☐ 労災休業補償 様式 号 年 月 日 ~ 年 月 日 通	
☐ その他 通	
合計 7,700円 1通	

受付担当者	受取日 年 月 日 病院担当者
	書類内容確認しました ☐
	受取者氏名

☐ 受取日指定あり 月 日までに受取希望です。

書類作成は申込から3週間を目安にしています。

文書や担当医により作成期間が異なります。

書類作成申込書(文書窓口専用)

<ダウンロード版>

患者 ID	受付日 年 月 日
患者氏名	太枠内をご記入ください
生年 月 日	※文書料金は原則申込時のお支払いとなります
	診療科名: 医師名:

フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日 生
患者氏名			大・昭・平・令	
TEL	携帯TEL	自宅TEL		
申込者	☐ 患者本人 ☐ 家族		申込者氏名:	続柄:
	☐ 上記以外(委任状が必要です)		申込者氏名:	☐ 運転免許証 ☐ その他 ☐ マイナンバー ()
申込者住所 (本人以外)	〒 TEL			
受取方法	☐ 郵送希望 (※レターパックを事前にご用意ください) ☐ 窓口来院			
☐ 申込内容を確認し、費用の支払いに同意します。(科が複数の場合は、診療科ごとに料金が発生します)				

文書の種類・ 証明期間	☐ 診断書(保険会社用) 【入院】	7,700円	
	【入院期間】 ① 年 月 日 ~ 年 月 日		
	② 年 月 日 ~ 年 月 日		
	③ 年 月 日 ~ 年 月 日	通	
	☐ 診断書(保険会社用) 【通院・手術証明(外来)】	5,500円	
	【通院期間】 年 月 日 ~ 年 月 日		
	【手術日】 年 月 日	通	
	☐ 傷病手当金 ① 年 月 日 ~ 年 月 日 (保険100点)		
② 年 月 日 ~ 年 月 日	通		
☐ 自賠責診断書 年 月 日 ~ 年 月 日	7,700円	通	
☐ 労災休業補償 様式 号 年 月 日 ~ 年 月 日		通	
☐ その他		通	
合計		円	通

受付担当者	受取日 年 月 日	病院担当者
	書類内容確認しました ☐	
	受取者氏名	

☐受取日指定あり 月 日までに受取希望です。
(書類作成は申込から3週間を目安にしています。)
(文書や担当医により作成期間が異なります。)

2026.9