

# 診断書・証明書申込書(兼患者様控)

申込日 年 月 日

国家公務員共済組合連合会 虎の門病院

診察券番号	生年月日	大・昭・平・令	年 月 日
フリガナ	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 月 日 <input type="checkbox"/> 退院・退院予定	電話番号	
患者氏名		自宅・携帯・勤務先・その他( )	
受取方法	<input type="checkbox"/> 来院 <input type="checkbox"/> 郵送 → 普通(110円) 定形外(140円) 速達(+300円) 簡易書留(+350円) レターパック持参(赤・青) ※簡易書留は、追跡番号をお伝えできませんので予めご了承ください。		

※本人以外が申込の場合、下記申込者欄もご記入ください。

フリガナ	電話番号	自宅・携帯・勤務先・その他( )
申込者氏名		
続柄	<input type="checkbox"/> 家族 ( ) ※別途、委任状・身分証明書が必要となります。 <input type="checkbox"/> 第三者 ( ) ただし、未成年(18歳未満)で保護者が申込の場合は委任状は不要です。	

※2枚目の注意事項についてもご確認お願いいたします。

<診療科>	科(主治医)	医師		<input type="checkbox"/> 下記リストで☆の付いている文書について、医師へ確認済です。			
文書種別		金額	申込数	文書種別	金額	申込数	
当院書式	診断書(和文)☆ ※別紙ご記入ください	¥5,500	通	公的機関提出書式	臨床調査個人票(54・83) <input type="checkbox"/> 新規☆	¥6,600	通
	診断書(英文)☆ ※別紙ご記入ください	¥11,000	通		小児慢性特定疾病医療意見書(52) <input type="checkbox"/> 更新		
保険会社等書式	入院・手術・通院診断書(1科ごと)	¥11,000	通		自立支援医療(精神)(21) <input type="checkbox"/> 新規☆	¥6,600	通
	傷病見舞金支給申請書	¥11,000	通		精神障害者保健福祉手帳用診断書 <input type="checkbox"/> 更新		
	入院・手術・通院診断書(1科ごと)(英文)	¥22,000	通		自立支援医療(更生・育成) <input type="checkbox"/> 新規☆ <input type="checkbox"/> 入院	(初回) ¥6,600 (2回目以降) ¥0	通
	入院① 年 月 日 ~ 年 月 日				(15・16) <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 通院		
	入院② 年 月 日 ~ 年 月 日				肝炎公費助成関係診断書(38) <input type="checkbox"/> 新規☆ <input type="checkbox"/> 更新	¥6,600	通
	通院 <input type="checkbox"/> 要(以下に期間をご記入ください) <input type="checkbox"/> 不要				身体障害者診断書・意見書☆ <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再認定	¥11,000	通
	年 月 日 ~ 年 月 日				障害年金診断書☆	¥11,000	通
	放射線治療 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				<input type="checkbox"/> 現在の状態( 年 月 日受診)		
	抗がん剤 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			<input 2"="" type="checkbox/&gt;( 年 月 日 ~ 年 月 日)&lt;/td&gt; &lt;td&gt;&lt;/td&gt; &lt;td&gt;&lt;/td&gt; &lt;/tr&gt; &lt;tr&gt; &lt;td&gt;労務不能 年 月 日 ~ 年 月 日&lt;/td&gt; &lt;td&gt;&lt;/td&gt; &lt;td&gt;&lt;/td&gt; &lt;td&gt;受診状況等証明書&lt;/td&gt; &lt;td rowspan="/> ¥6,600	通		
	外来手術① 年 月 日 ② 年 月 日			病名:( )			
※備考				健康保険	傷病手当金支給申請書	100点	通
労災関係	移送・装具・療養費申請書(様式7号・16-5)		通	自賠責書式	証明期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
	休業補償給付支給請求書(様式8号・16-6)		通		後遺障害診断書☆	¥11,000	通
	障害補償給付支給請求書(様式10号・16-7)		通		入院 年 月 日 ~ 年 月 日		
	公災診断書(様式 号)(初回・終回)		通		通院 年 月 日 ~ 年 月 日		
	証明期間 年 月 日 ~ 年 月 日				その他	¥	通
※文書料は状況により異なります。					¥	通	
証明書類等	出産手当金・出産育児一時金支給申請書	¥6,600	通		¥	通	
	出産日: 年 月 日						
	不妊治療費助成受診等証明書	¥3,300	通	ご要望等ございましたら、ご記入ください。			
	就労可否証明書(職業安定所提出用)☆	¥1,650	通				
	公安委員会提出用診断書☆	¥1,650	通				
補装具意見書(身体障害者手帳有)	¥0	通					
難病患者援助金入院・通院証明書	¥1,650	通					

病院記入欄 ※以下は記入しないでください。

★申込時(申込者:本人以外) <input type="checkbox"/> 本人の診察券(コピー可) <input type="checkbox"/> 申込者の身分証明書(顔写真付き) <input type="checkbox"/> 委任状・同意書 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本の写し(※故人の場合)	★交付時(受取者:申込者以外) <input type="checkbox"/> 本人の診察券(コピー可) <input type="checkbox"/> 受取者の身分証明書(顔写真付き) <input type="checkbox"/> 委任状・同意書 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本の写し(※故人の場合)	★会計入力 未( <input type="checkbox"/> 交付時支払い <input type="checkbox"/> 次回来院時支払い <input type="checkbox"/> 振込用紙) 済( <input type="checkbox"/> 入院費合算) 不要 生保( <input type="checkbox"/> 検診命令書) ★54・83・52・21・15・16・38 登録 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※書式原本なしの場合(番号: ) <input type="checkbox"/> 医療券コピー
--	---	---

