

診断書等文書の郵送申込みフロー

申込用紙をダウンロード・印刷



岩手医科大学附属病院用



内丸MC用

岩手医科大学附属病院（矢巾）
または
内丸MC（盛岡）
へ郵送

「診断書等文書料金振込用紙」
「申込用紙患者様控え」
を申込者へ郵送

診断書等文書料金のお振込み

入金確認後、診断書等文書作成

診断書等完成後、
「診断書等文書」
「診断書等料金領収書」
を患者様へ郵送

<ダウンロード、申込用紙>

- ・診療した病院様式の申込書にて申込みをお願い致します（病院毎に様式が異なります）

<申込必要書類、郵送先>

- ・申込用紙、患者様の診察券のコピーを同封して下さい（必要な方は、委任状、所定の診断書等も同封）
- ・診療した医療機関へ郵送して下さい

例：岩手医科大学附属病院（矢巾）での外来受診分の
診断書を依頼する場合
⇒岩手医科大学附属病院用の申込書を
岩手医科大学附属病院（矢巾）へ郵送

<お振込み手数料>

- ・お振込み手数料は患者様負担となりますので、予めご了承ください

<診断書等文書作成期間>

- ・診断書等文書作成には1ヶ月程お時間を頂いております

<診断書等文書送付先>

- ・原則、患者様本人の住所へ送付致します
- ・代理人申込みの場合、代理人の住所へ送付致します
- ・直接お受け取りを希望される場合、発行医療機関からのお渡しとなります

診断書・証明書等申込書

ダウンロード

			太枠内をご記入ください			受付日 20 年 月 日			
フリガナ						男 ・ 女	生年 月 日	大 昭 平 令	年 月 日
患者氏名 様									
証明期間	入院	①	年	月	日	～	年	月	日 (科)
		②	年	月	日	～	年	月	日 (科)
	外来		年	月	日	～	年	月	日 (科)
提出先	勤務先 ・ 学校 ・ 保険会社 ・ 健康保険組合 ・ その他 ()								
特記事項	(特に当院所定診断書の場合は記載を希望する内容、提出期限のある場合は受取希望日をご記入ください)								
郵送先	〒 住所 氏名								

申込者	<input type="checkbox"/> 本人	ご本人様との続柄 ・ 家族 ()
	<input type="checkbox"/> 本人以外 (委任状が必要となります) 申込者氏名	・ 保険会社 ・ その他 () 連絡先電話 自宅・携帯・職場・その他 様 ☎ ()
◎ 受渡し方法は、原則患者様のご自宅へ郵送となります。(病院登録の住所)		
<input type="checkbox"/> 申込内容を確認し、費用の支払いに同意します。(同意される場合は <input type="checkbox"/> にチェックをお願いいたします。)		

----- 病 院 記 入 欄 -----

診断書・証明書	1通の料金(税込)	通	診断書・証明書	1通の料金(税込)	通
当院所定診断書	5,500 円		通院・支払証明書	1,100 円	
生命・損害保険診断書 (通院証明書 要・不要)	11,000 円		労災様式 号	—	
			同意書(はり・あん摩マッサージ)	100 点	
身体障害者診断書・意見書※	11,000 円		訪問看護指示書(保険適用)	300 点	
障害年金診断書※	11,000 円		医療等の状況	—	
受診状況証明書(年金用)	8,800 円		不妊治療受診等証明書	3,300 円	
臨床調査個人票(難病医療)※	5,500 円		補装具費支給意見書	3,300 円	
小児慢性疾患診断書※	5,500 円		装具装着証明書	—	
公安委員会提出用診断書	3,300 円		その他 ()		
傷病手当金請求書(保険適用)	100 点				
<input type="checkbox"/> 会計済 <input type="checkbox"/> 会計未 <input type="checkbox"/> 入院費合算(入院中)		委任状受取 (済 ・ 未)		合計 通	

診療科名 科	科	依頼日 20 年 月 日
医師名 先生	先生	依頼先 <input type="checkbox"/> 医局 <input type="checkbox"/> 外来(内丸のみ) <input type="checkbox"/> 医師事務 <input type="checkbox"/> 医事課
<input type="checkbox"/> メディ・パピルス依頼 <input type="checkbox"/> 手書き依頼 <input type="checkbox"/> 電子カルテ依頼		受付窓口担当 矢巾・内丸 内線
<input type="checkbox"/> 書類の作成は申し込みから3週間以内でお願いいたします。 <input type="checkbox"/> 受取日指定あり 月 日までに受取希望です。		作成期限 月 日

委任状

岩手医科大学附属内丸メディカルセンター長 殿

代理人住所

氏名（自署）

生年月日

連絡先電話

患者様との関係

上記の者を代理人とし、下記の権限を委任します。

- 本診断書取得に関する一切の権限
- 本診断書申請手続きに関する一切の権限

令和 年 月 日（作成日）

患者様住所

連絡先電話

患者様氏名（自署）

診察券番号

印

岩手医科大学附属内丸メディカルセンター