

私は、以下の内容を確認し、費用の支払いに同意した上で、診断書等を申込みます。

※申込者情報の「患者氏名」又は「申込者」に署名することで、同意書とさせていただきます。

※太枠線内を記載してください。

			令和 5 年 〇 月 〇 日
申込者情報	フリガナ	ヒロサキ タロウ	
	患者氏名 (署名)	弘前 太郎	
	性別	男	女
	生年月日	S H R	1年 1月 1日
	住所 (住民票住所)	〒 036 - XXXX 弘前市〇〇町1-1 同上	
	※現住所と住民票住所が異なる場合は、記載してください。		
〇患者本人以外が申込する場合は、以下も記載してください。			
フリガナ	続柄	連絡先電話番号	
申込者 (署名)		- -	

申込書類区分	料金	必要部数	備考
自立支援（精神通院医療）診断書	2,750円（税込）		92001
精神障害者保健福祉手帳診断書	2,750円（税込）		92001
「重度かつ継続」に関する意見書（追加用）			
先天性血液凝固因子障害等治療研究事業診断書	2,750円（税込）		92001
肝炎治療特別促進事業、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業診断書	5,500円（税込）		92003
アフターケア実施期間の更新に関する診断書	5,500円（税込）		92003
石綿による健康被害の救済に関する法律 診断書	5,500円（税込）		92003
石綿による健康被害の救済に関する法律 受診等証明書	4,400円（税込）		92007
指定難病臨床調査個人票	4,400円（税込）	1	92016
小児慢性特定疾病医療意見書	4,400円（税込）		92017
その他（ ） ※上記に準じた料金を適用			

受取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 当院から自治体又は保健所へ郵送します。	
	<input type="checkbox"/> 郵送受取	→ <input type="checkbox"/> 簡易書留希望 414円相当切手及び封筒を準備してください <input type="checkbox"/> 普通郵便希望 94円相当切手及び封筒を準備してください
	<input type="checkbox"/> 窓口受取	→ 受取来院予定日 令和 年 月 日

支払方法	<input checked="" type="checkbox"/> 窓口払 （診断書完成後の受診日にお支払いをお願いします）
	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 郵便振替 <input type="checkbox"/> コンビニ （診断書完成後、上記住所へ振込用紙を送付します）

注意事項

- ・ 申込時は、本人確認資料として、公費受給者証の提示をお願いします。
- ・ 代理で申込み又は受取りをされる方は、来院時に診察券及び公費受給者証を確認させていただきます。
- ・ 料金は、診断書等の完成後にお支払い頂きます。
- ・ 文書作成にあたっては、4週間～6週間程度の日数をいただいております。なお、内容によりそれ以上かかる場合がありますのでご了承ください。
- ・ 郵送を希望される場合は、送付先を記載し切手を貼った返信用封筒をご用意ください。

病院側記載

依頼診療科	受付担当者