

診断書・証明書受付票

			申込日 令和 年 月 日		
診察券番号		診療科【高・総・呼・循・小・外・移・整・泌・腎・透・婦・眼・耳・消・歯・皮・麻(べ)】			
(フリガナ)			患者様の生年月日		
患者様のお名前			大・昭・平・令 年 月 日		
※ご本人様以外の方は委任状が必要となります			保険会社名をご記入下さい		
(フリガナ)			患者様との続柄	保険会社名	
申請者のお名前				保険会社名	
入院期間 又は 証明期間	平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日		
	平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日		
ご希望の記載事項があればご記入下さい					
文書の受け取り方法について					
連絡先【TEL () 】					
窓口または郵送に○をお付け下さい → 窓口 ・ 郵送					
※郵送ご希望の場合は、レターパックライトをご用意いただきます。 なお、レターパックライト(430円)は院内コンビニエンスストアでもお取扱いございます。					
お問い合わせ先：独立行政法人 地域医療機能推進機構 仙台病院 1階 診断書係					
〒981-3281 仙台市泉区紫山2丁目1-1 ☎ 022-378-9111					
月～金曜日 午前8:30～午後5:00 (土日祝、12月29日～1月3日を除く)					

病院側記入欄

文書種類	A	生命保険用証明書・診断書	(1通 税込 7,700円)	通
	B	普通診断書	(1通 税込 3,300円)	通
	C	身体障害者診断書	(1通 税込 11,000円)	通
	D	特定疾患個人票	(1通 税込 5,500円)	通
	E	障害年金診断書	(1通 税込 11,000円)	通
	F	受診状況等証明書	(1通 税込 3,300円)	通
	G	傷病手当		通
	H		(1通 税込 円)	通
	I		(1通 税込 円)	通