

診断書・証明書等お申込みのご案内

1. 受付場所・受付時間

外来の方 場所 総合受付 3番窓口 書類係
時間 8:30 ~ 17:15 (土、日、祝日、12/29~1/3除く)

入院中の方 場所 病棟ナースステーション 事務担当者
(ご家族を含む) 時間 9:00 ~ 15:00 (土、日、祝日、12/29~1/3除く)

2. お持ちいただくもの

- ・ 書類代金 (クレジットカード払いも可能)
- ・ 診察券
- ・ 保険証 (確認が必要な書類もあるのでお持ちください。)
- ・ 診断書用紙 (保険会社宛て、公共機関等指定書式がある場合は、お申込み時に毎回お持ちください。また、説明用紙もお持ちいただきますようお願いいたします。)
- ・ 身分証 (運転免許証・パスポート・住民票・戸籍謄本等をお持ちください。なお、コピーを取らせていただく場合があるため、保険証・マイナンバーカードは法律上の問題により不可となります。)
- ・ 障害年金診断書のお申込みには、受診状況等証明書のコピーをお持ちください。未記入のものではなく、最初に受診した医療機関で記載してもらったものをご用意ください。

3. お申込み

- ・ 診断書等作成申込依頼書 (兼患者様控) をご記入の上お申込みください。
- ・ 受付時に作成に必要な内容を伺います。

4. お申込み前にご確認いただきたい内容

- ・ 就労不能期間 ・ 就労可能日 (見込み日) ・ 脱毛があった場合
- ・ 現症日 (年金事務所で指定の日付。障害年金診断書の申込に必要。)

5. お支払い

- ・ 書類により料金が異なります。料金表をご確認ください。
- ・ 外来お申込みの場合は受付手続き完了後、精算機でお支払いをお願いいたします。
- ・ 入院中のお申込みの場合は原則、入院費用に含めさせていただきます。
- ・ 保険適用の書類は保険証の確認が必要なため、交付時にお支払いをお願いいたします。

6. お受取

- ・ 書類のお渡しは原則、郵送で行います。
- ・ 保険証の確認が必要な書類は、手渡しとなります。保険証をお持ちください。

7. 問合せ先・郵送先

国立研究開発法人国立がん研究センター東病院
医事管理部医事管理課 書類係
住所：〒277-8577 千葉県柏市柏の葉6-5-1
電話：04-7133-1111 音声ガイダンス②番

診断書等作成申込依頼書（病院控）

申込日 年 月 日

【注意事項】内容をご確認の上、□欄にチェックとご署名をお願いします。

- 書類の作成には4週間ほど要します。病理結果が必要となる場合は、判明後の作成となるため、さらに日にちを要します。
- お申し込み後の内容変更、追記、キャンセル、料金の返金はできませんのでご了承ください。
- 医師の医学的判断や様式制限によりご希望どおりに作成できないことがあります。
- 申し込まれる方がご本人以外の場合、身分証明書や委任状が必要となる場合があります。（ご家族様も同様です。）
- 作成しました診断書は特定記録郵便でお送りします。

上記の内容を理解し、書類を申し込みます。

ご署名： _____

診察券番号	生年月日	性別	窓口に来られた方(申込者) <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外
フリガナ	(西暦)	男 ・ 女	フリガナ
患者氏名	年 月 日		氏名
連絡先①	連絡先②	<input type="checkbox"/> 身分証 <input type="checkbox"/> 委任状・同意書	
ご連絡の際に病院名を名乗ってもよろしいでしょうか？			はい いいえ
留守番電話にメッセージを残してもよろしいでしょうか？			はい いいえ
診療科	科	担当医	先生

書類種別・料金（税込）	枚数	通	詳細	支払	
<input type="checkbox"/> 生命保険診断書 (11,000円) 保険会社名 [. . .]		通	証明期間 年 月 日 ~ 年 月 日 証明に必要な事項 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 ※ 過去に証明されている期間は除いて作成します。 通院証明欄 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	未 (振込) ・ 済	
			備考		
			※病院使用欄 就労制限： 年 月 日 ~ 年 月 日 脱毛： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ありの場合 年 月 日 障害： <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 膀胱・直腸 <input type="checkbox"/> 四肢不自由 <input type="checkbox"/> ()		
<input type="checkbox"/> 当院書式診断書 (3,300円) 提出先 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 [()]		通	<input type="checkbox"/> 入院治療 年 月 日 ~ 年 月 日	未 (振込) ・ 済	
			<input type="checkbox"/> 通院治療 年 月 日 ~ 年 月 日		
			<input type="checkbox"/> 自宅療養 年 月 日 ~ 年 月 日		
			<input type="checkbox"/> 労務不能 年 月 日 ~ 年 月 日		
			<input type="checkbox"/> 復職可能 年 月 日 ~		
<input type="checkbox"/> その他					
<input type="checkbox"/> 傷病手当金請求書 (1,000円) ※保険負担割合により変動		通	証明期間 年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日	未 (振込) ・ 済	
			備考		※原則電子作成となりますので、手書き希望の方はご相談ください
<input type="checkbox"/> その他 文書名 () 円)		通		未 (振込) ・ 済	
合計		通			

備考

受付者 医事管理課 病棟クレーク () 内線 ()

診断書等作成申込依頼書（兼患者様控）

申込日 年 月 日

【注意事項】内容をご確認の上、□欄にチェックとご署名をお願いします。

- 書類の作成には4週間ほど要します。病理結果が必要となる場合は、判明後の作成となるため、さらに日にちを要します。
- お申し込み後の内容変更、追記、キャンセル、料金の返金はできませんのでご了承ください。
- 医師の医学的判断や様式制限によりご希望どおりに作成できないことがあります。
- 申し込まれる方がご本人以外の場合、身分証明書や委任状が必要となる場合があります。（ご家族様も同様です。）
- 作成しました診断書は特定記録郵便でお送りします。

上記の内容を理解し、書類を申し込みます。

ご署名： _____

診察券番号	生年月日	性別	窓口に来られた方(申込者) <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外
フリガナ	(西暦)	男 ・ 女	フリガナ
患者氏名	年 月 日		氏名
連絡先①	連絡先②	<input type="checkbox"/> 身分証 <input type="checkbox"/> 委任状・同意書	
ご連絡の際に病院名を名乗ってもよろしいでしょうか？			はい いいえ
留守番電話にメッセージを残してもよろしいでしょうか？			はい いいえ
診療科	科	担当医	先生

書類種別・料金（税込）	枚数	詳細	支払
<input type="checkbox"/> 生命保険診断書 (11,000円) 保険会社名 [. . .]	通	証明期間 年 月 日 ~ 年 月 日 証明に必要な事項 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 ※ 過去に証明されている期間は除いて作成します。 通院証明欄 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	未 (振込) ・ 済
		備考	
		※病院使用欄 就労制限： 年 月 日 ~ 年 月 日 脱毛： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ありの場合 年 月 日 障害： <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 膀胱・直腸 <input type="checkbox"/> 四肢不自由 <input type="checkbox"/> ()	
<input type="checkbox"/> 当院書式診断書 (3,300円) 提出先 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 [()]	通	<input type="checkbox"/> 入院治療 年 月 日 ~ 年 月 日	未 (振込) ・ 済
		<input type="checkbox"/> 通院治療 年 月 日 ~ 年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 自宅療養 年 月 日 ~ 年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 労務不能 年 月 日 ~ 年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 復職可能 年 月 日 ~	
<input type="checkbox"/> その他			
<input type="checkbox"/> 傷病手当金請求書 (1,000円) ※保険負担割合により変動	通	証明期間 年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日	未 (振込) ・ 済
		備考 ※原則電子作成となりますので、手書き希望の方はご相談ください	
<input type="checkbox"/> その他 文書名 () 円)	通		未 (振込) ・ 済
合計	通		

備考