

診断書・証明書等作成申込書		申込日	年	月	日
診療券 登録番号		連絡先電話番号 平日8:00から17:00 (書類についてわかる方の電話番号)			
ふりがな		☐ 自宅 ☐ 携帯 ☐ 勤務先 ☐ その他			
患者氏名		()			

患者ご本人の申込の場合は記入不要です			
ふりがな		患者との 関係	家 族 ()
申込者 氏名			第三者 () ※

※添付あり ☐ 患者の同意書(委任状)原本、お亡くなりの場合は患者本人の除籍謄本コピー
☐ 申込者の写真付き身分証明証コピー

診療科名		担当医師名	
生命保険会社宛 (1通 5,500円)	通	障害年金 (1通 5,500円)	通
傷病手当請求書 (保険診療にて請求)	通	身体障害者手帳 (1通 5,500円)	通
指定難病(臨床調査個人票) (1通 5,500円)	通	医療費証明書 (1通 2,200円)	通
医科研書式 (1通 3,300円) 通			
外国語文書 (1通 5,500円) 通			
その他 通			
【証明期間】通院・入院回数、労務不能期間等 書類の様式に沿って記入をお願いします			
通院 入院 傷病手当	年	月	日 ~ 年 月 日
通院 入院 傷病手当	年	月	日 ~ 年 月 日

受取方法 ご希望の箇所に○をお願いします			
	受付カウンターにて受取を希望します		
	郵送を希望します		速達を希望します (別途速達料金300円がかかります)

郵送代金は普通郵便・定形封筒110円、定形外封筒140円がかかります

診断書・証明書等 預り・引換票

受付カウンターにて書類を受取る際は、この「診断書・証明書等 預り・引換票」を必ずご持参ください

患者氏名		様	通
	申込日	年	月 日

- ・文書を作成した時点で料金が発生します。作成後のキャンセルはできません。
- ・申込から受取まで2週間程度かかります。なお、医師の都合により遅れる場合がありますのでご了承ください。
- ・書類の出来上がり状況については来院前にお問い合わせください。

東京大学医科学研究所附属病院 医事チーム 03-5449-5215 (平日08:30から17:00)