

申 込 書

朝 田 病 院 殿

申込者は、下記の文書作成を依頼し、あわせて記載の料金を支払うことに同意します。なお、申込を受け付けた時点でキャンセルされた場合であっても、下記料金が発生することに同意します。

記

1. 自立支援医療用診断書の作成 5, 500円
2. 精神障害者保健福祉手帳用診断書の作成 7, 700円
3. 年金診断書の作成 16, 500円
4. 診断書の作成 5, 500円
5. 生命保険診断書 8, 800円
【申請期間： 年 月 日～ 年 月 日】
6. 傷病手当金支給申請書 保険にて算定（自立支援適用外）
【申請期間： 年 月 日～ 年 月 日】
7. 診療情報提供書 保険にて算定（自立支援適用外）
8. その他（ ） 円

上記金額は、消費税を含みます

以 上

令和 年 月 日

住 所

氏 名

連絡先 TEL

ご本人のみの申込・受け取りとさせていただきます。ご本人の対応が困難な場合は委任状が必要です。

受領サイン _____ 続柄 ()

日 付 _____ 令和 年 月 日