

診断書等申込書兼同意書

申込年月日 年 月 日 主治医 先生

欄内の該当する項目の□に☑（チェック）をお願いします。

患者氏名	フリガナ		生年月日	大・昭・平・令・西暦
	氏名	(男・女)		年 月 日
	住所	(〒 -)	電話	() -
申込者	フリガナ		続柄	☐ 本人 ☐ 配偶者 ☐ 親
	氏名			☐ 子 ☐ 兄弟姉妹
				☐ その他 ()
文書の種類	今回お申し込みの診断書等は、 ☐ 新規 ・ ☐ 継続（更新）			
	今回お申し込みの診断書等は、主治医に ☐ 相談済み ・ ☐ 未相談			
	【文書名】		【料金】	
	☐ 生命保険診断書		7,700円	
	☐ 傷病手当医師意見書（証明期間 年 月 日 ～ 年 月 日）		保険診療	
	☐ 障害年金診断書		11,000円	
	☐ 主治医意見書		3,300円	
受取方法	☐ 窓口渡し (☐ 本人 ・ ☐ 本人以外 ())			
	☐ 本人・家族郵送 (☐ 普通郵便 ・ ☐ レターパック)			
	※受取方法で郵送をご希望の場合、申込者にて返信用封筒等のご準備いただくか、文書料のお支払い時に、郵送にかかる実費（切手代および封筒代）をご請求させていただきます。			
	☐ その他 ()			

※診断書等の書類作成後、申込者の都合により不要となった場合も文書料は請求させていただきます。あらかじめご了承ください。

【職員記載欄】							
受付日	年 月 日	受付者		依頼日	年 月 日	依頼者	
連絡日	年 月 日	連絡先	☐ 本人 ・ ☐ 本人以外 ()			対応者	
受取日	年 月 日	受取者	☐ 本人 ・ ☐ 本人以外 ()			対応者	
【備考】							

(記載例) 診断書等申込書兼同意書

申込年月日

2026 年 10 月 1 日

主治医

〇〇 〇〇

先生

欄内の該当する項目の□に☑ (チェック) をお願いします。

患者氏名	フリガナ	大・昭・平・令・西暦	
	氏名	田川 太郎 (男) ・ 女	生年月日
住所	(〒 852-8045)	53 年 1 月 1 日	電話
	長崎県長崎市錦2丁目1番1号	(095) 845-2188	
申込者	フリガナ	タガワ タロウ	続柄
	氏名	田川 太郎	
書類の内容によっては、事前に主治医への相談が必要な場合があります。	☒ 本人 ☐ 配偶者 ☐ 親 ☐ 子 ☐ 兄弟姉妹 ☐ その他 ()		
	今回お申し込みの診断書等は、 ☒ 新規 ・ ☐ 継続 (更新) 今回お申し込みの診断書等は、主治医に ☒ 相談済み ・ ☐		
文書の種類	【文書名】	【料金】	願が該当しない項目について記載を誤り
	☒ 生命保険診断書	7,700円	
受取方法	☐ 傷病手当医師意見書 (証明期間 年 月 日 ~ 年 月 日) 保険診療	11,000円	原則、窓口渡しとなっております。ご本人以外の受取の場合には来院予定の方の記載をお願いいたします。郵送希望の場合には郵送種類等の確認を行い、記載をお願いします。
	☐ 障害年金診断書	3,300円	
窓口渡し (☒ 本人 ・ ☐ 本人以外 ())	☐ 主治医意見書	3,300円~	※受取方法で郵送をご希望の場合、申込者にて返信用封筒等のご準備いただくか、お支払い時に、郵送にかかる実費 (切手代および封筒代) をご請求させていただきます。
	☐ 普通診断書 (書式あり) ・ ☐ 普通診断書 (書式なし)	3,300円~	
本人・家族郵送 (☐ 普通郵便 ・ ☐ レターパック)	☐ その他 ()		【備考】

※診断書等の書類作成後、申込者の都合により不要となった場合も文書料は請求させていただきます。

ここより下は職員記載欄です。

【職員記載欄】

受付日	年 月 日	受付者		依頼日	年 月 日	依頼者	
連絡日	年 月 日	連絡先	☐ 本人 ・ ☐ 本人以外 ()	対応者			
受取日	年 月 日	受取者	☐ 本人 ・ ☐ 本人以外 ()	対応者			
【備考】							

『診断書等申込書兼同意書』の記載方法や、その他、ご不明点については 1 階受付窓口へお尋ねください。