



Yokohama Municipal Citizen's Hospital
横浜市立市民病院

Application for Medical Certificates
診断書等申込書

連絡事項	処理印	郵送	TEL	TEL	文書
	/	/	済 不在	済 不在	/

Date of applicaion 申込日 2023 yyyy年 07 mm月 20 dd日

腎臓内科	糖尿病	血液内科	脳神経内科	呼吸器内科	腫瘍内科	消化器内科	循環器内科	女性総合外科	小児科	消化器外科	炎症性腸疾患	I B D科	乳腺外来	整形外科	形成外科	脳神経外科	脳血管内治療	呼吸器外科	心臓血管外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	神経精神科	リハビリテーション科	放射線診断科	放射線治療科	麻酔科	歯科口腔外科	感染症内科	緩和ケア内科	救急診療科
------	-----	------	-------	-------	------	-------	-------	--------	-----	-------	--------	--------	------	------	------	-------	--------	-------	--------	-----	------	------	----	-------	-------	------------	--------	--------	-----	--------	-------	--------	-------

フリガナ	ヨコハマ タロ															Patient card no.		123456-1	
Patient name 患者氏名	Yokohama Taro															性別	M	F	診療券番号
Date of birth 生年月日	1973	yyyy	7	mm	20	dd	(Age/年齢 50)									Attending physician 主治医	Dr./医師		
Patient address 患者住所	〒 230 - 0855 Kanagawa-ken Yokohama-shi Kanagawa-ku Mitsuzawa Nishi-cho 1-1															Phone No./電話			
Period of certification 証明期間	Inpatient/入院		yyyy	mm	dd	~	yyyy	mm	dd	Discharge/退院 / Transfer 転科 (date of surgery 2023 yyyy 6 mm 2 dd)									

※Please use a black ball pen to fill out this form. (Erasable ball pens are not allowed) 黒いボールペンで記入ください。(消せるボールペン不可)

If the patient and applicant are different, please also complete the following. If the applicant is not the patient or relative living with the applicant, a power of attorney is required./患者と申込者が異なる場合は、以下の欄にもご記入ください。ご本人・同居親族以外の方が申し込まれる場合、別途、委任状が必要になります。

フリガナ	ヨコハマ ハナコ		Relationship 続柄	Wife	
Applicant name 申込者氏名	Yokohama Hanako				
Applicant address 申込者住所	same as above/同上		Phone No./電話 080-1234-5678		

Method of receiving 受け取り方法	In person/来院 ・ By post/郵送	
If you wish to have the certificate posted, we will charge you separately for the cost of postage (registered mail) 郵送をご希望の場合、切手代(簡易書留代)を別途いただきます。		

※1 If you wish to receiving the certificate in person, please write your contact no. in below section. /来院受け取りの方はご希望の連絡方法を下記欄に記入ください。Please note that we will not contact you if you wish to have the certificate posted. /郵送希望の方にはご連絡は差し上げませんので予めご了承ください。

Contact method (only for those who receiving certificate in person) 書類作成済の連絡方法(来院受け取りの方)	Please circle your preferred methods of contact/ご希望の連絡方法に○をしてください。		<input type="checkbox"/> Message OK/伝言可	
	Home phone/自宅電話 ・ Mobile/携帯電話 ・ Ward/病棟() ・ Other/その他		<input type="checkbox"/> Voicemail OK/留守電可	
Contact no.: 連絡先	080-1234-5678		Preferred contact time 連絡希望時間帯 9:00~17:00 ※2	

※2 Available on weekdays only between 8:30am ~ 5:00pm/作成済の連絡は、平日の8:30~5:00までの間となっております。

Type of medical certificates/診断書の種類	Charge per letter 一通あたりの料金	Required copies 必要通数
1. Medical certificate using the form of the hospital/病院備え付けの診断書 ■ Please circle the items to be included./記載依頼項目 いずれか○をしてください。 Disease name/病名 Date of first-visit/初診日 Date of surgery/手術日 Name of surgery/手術名 Period of hospitalization/入院期間 Period of home recuperation/自宅療養期間 ・Treatment period or period until full recover, pathology results/治療期間又は全治期間・病理結果 ・Other/その他 ■ Purpose of use/使用目的: For company/勤務先 ・ For police/警察 ・ For school/学校 ・ Other/その他	2,750yen	1 pcs
2. Medical certificate from insurance companies, etc./保険会社等の診断書	7,700yen	pcs
3. Medical certificate for pension purposes and physical disability, etc./各種年金診断書、身体障害者診断書	5,500yen	pcs
4. Instructions for visiting nursing care /訪問看護指示書(指示開始期間) (period of commencing instruction /指示開始期間: / ~ /)	0~3,000yen	pcs
5. Claim for payment of accident and sickness allowance /傷病手当金請求書 (Period of certificate /証明期間: / ~ /)	0~1,000yen	pcs
6. Other/その他	0~7,700yen	pcs

コスト : 済 ・ 未 (円)

ポップアップ/新コメ

本人確認 診 ・ 保 ・ 免 ・ 委 ・ その他 (

受付担当者			
受領年月日	yyyy	mm	dd
受領確認 (サイン)	Relationship 続柄		