診　療　申　込　書

◎太枠内に必要事項を記入し、保険証等を添えて新患受付窓口に提出してください。

受診月日	平成　〇〇　年　〇〇　月　〇〇　日	ＩＤ番号	ー
フリガナ	ヒ ロ サ キ　ハ ナ コ	性別	生　年　月　日
氏　名	弘　前　花　子	☐男 ☑女	明 大 (昭) 平　〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
保険証の世帯主	弘　前　太　郎	世帯主との続柄	子
現住所	〒 0 3 6 － 8 0 0 4　※アパート名・棟名・部屋番号まで、ご記入願います。 弘前市大町３丁目８－１ 自宅電話番号（ 0172 － 34 － 3211 ）		
連絡先（自宅以外の電話番号をお知らせください。）	連絡先 ☑勤務先 ☐その他 ☐携帯電話 名称等 弘前市役所 電話番号（ 0172 － 35 － 1111 ）		
診療を希望される科（☐に✓をつけてください。）	☑内科 ☐整形外科 ☐麻酔科 ☐健康診断 ☐小児科 ☐婦人科 ☐皮膚科 ☐予防接種 ☐外科 ☐眼科 ☐ ☐ ☐乳腺外科 ☐耳鼻咽喉科 ☐ ☐		

これより下は記入しないでください

【主保険】

保険者コード	記号	番号	
法制			
継続			給付割合

記入不要

【第2保険・併1】

保険					
法制					
継続	申請中	開始		終了	給付割合

【保険印】