

# 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	年	月	日	ID番号						-
フリガナ					性別	生年月日					
氏名					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	明大 昭平 年 月 日					
保険証の世帯主					世帯主との続柄						
現住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>										
	※アパート名・棟名・部屋番号まで、ご記入願います。										
連絡先	自宅電話番号 ( - )										
	連絡先	<input type="checkbox"/>	勤務先	<input type="checkbox"/>	その他	<input type="checkbox"/>	携帯電話				
	名称等										
診療を希望される科  (□に✓をつけてください。)	電話番号		( - )								
	<input type="checkbox"/>	内科	<input type="checkbox"/>	整形外科	<input type="checkbox"/>	麻酔科	<input type="checkbox"/>	健康診断			
	<input type="checkbox"/>	小児科	<input type="checkbox"/>	婦人科	<input type="checkbox"/>	皮膚科	<input type="checkbox"/>	予防接種			
	<input type="checkbox"/>	外科	<input type="checkbox"/>	眼科	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	乳腺外科	<input type="checkbox"/>	耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			

-----これより下は記入しないでください-----

**【主保險】**

保 險 者 コ ー ド						記 号							番 号															
法制	保 険 者																											
継続 申請中						0. 本人	1. 家族	開始								終了							給付割合					

【第2保険・併1】

保 險 者 コ ー ド						記 号				番 号											
法制	保 險 者																				
継続 申請中						開始						終了						給付割合			

【保險印】