

# 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			I D 番号			-			
フリガナ				性別	生年月日					
氏名				<input type="checkbox"/> 男	明大			年月日		
<input type="checkbox"/> 女				昭平						
保険証の世帯主				世帯主との続柄						
現住所	〒 <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。						
	自宅電話番号 ( - - - )									
連絡先	連絡先	<input type="checkbox"/>	勤務先	<input type="checkbox"/>	その他	<input type="checkbox"/>	携帯電話			
<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">自宅以外の電話番号をお知らせください。</span>	名称等									
<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">□に✓をつけてください。</span>	電話番号	( - - - )								
診療を希望される科	<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						
<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">□に✓をつけてください。</span>	<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-----

## 【主保険】

保険者コード		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】

保険者コード		記号			番号						
法制	保険者										
継続	申請中	開始						終了		給付割合	

## 【保険印】