

他の医療機関等からの紹介状をお持ちでない初診の方には保険の一部負担金とは別に選定療養費として2,200円(税込)の費用がかかります。(生活保護法医療券等の公費医療(都道府県除く)を受けておられる方、救急受診の方を除く。)

受付時間 : _____

受付番号	
記入	入力

診 察 申 込 書

患者番号	
------	--

紹介(あり・なし)

受付日

フリガナ	男1	生年月日	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	5 令和
氏 名	女2	年 月 日生 才					
住 所	〒 _____ *団地名、号室、何々方、寮名等詳しく記入して下さい						
電話番号	自宅Tel () _____		携帯Tel () _____		_____		
受診科	内科	外科	整形外科	耳鼻咽喉科	眼科	泌尿器科	皮膚科
コード	8	10	11	15	20	33	35

*ご案内 老人医療証、公費医療証の交付を受けている方は、必ず保険証といっしょにご提示下さい。

受付使用欄	併診あり 1	→2	→3
-------	--------	----	----

他の医療機関等からの紹介状をお持ちでない初診の方には保険の一部負担金とは別に選定療養費として2,200円(税込)の費用がかかります。(生活保護法医療券等の公費医療(都道府県除く)を受けておられる方、救急受診の方を除く。)

受付時間 : _____

受付番号	
記入	入力

診 察 申 込 書

患者番号	
------	--

紹介(あり・なし)

受付日

フリガナ	男1	生年月日	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	5 令和
氏 名	女2	年 月 日生 才					
住 所	〒 _____ *団地名、号室、何々方、寮名等詳しく記入して下さい						
電話番号	自宅Tel () _____		携帯Tel () _____		_____		
受診科	内科	外科	整形外科	耳鼻咽喉科	眼科	泌尿器科	皮膚科
コード	8	10	11	15	20	33	35

*ご案内 老人医療証、公費医療証の交付を受けている方は、必ず保険証といっしょにご提示下さい。

受付使用欄	併診あり 1	→2	→3
-------	--------	----	----

太 枠 内 を ご 記 入 下 さ い

太 枠 内 を ご 記 入 下 さ い