

# 診療申込書 兼 変更届

紹介状をお持ちでない方は、  
初診時保険外併用療養費  
5,000円+消費税が診療費とは  
別にかかる場合がございます。

- この診療申込書を保険証と一緒に総合受付①へお出し下さい。
- 診療券・紹介状をお持ちの方は一緒にお出し下さい。
- ご住所、お電話番号、ご氏名に変更がありましたらご記入下さい。

太わく内を強くいてないにお書き下さい。

受診する科の番号を  
○でかこんで下さい。

内 科	小 児 科	外 科	整 形 外 科	産 婦 人 科	耳 鼻 咽 喉 科	眼 科	皮 膚 科	泌 尿 器 科	麻 酔 科	脳 神 経 外 科	心 臓 血 管 外 科	放 射 線 科	緩 和 ケ ア 科	リ ハ ビ リ 科	救 急 科	当院受診の有無 <input type="checkbox"/> ある( 年 月) <input type="checkbox"/> ない (新患・変更)
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	12	13	15	16	17	18	

フリガナ											被保険者名 又は世帯主名														
氏名	殿										被保険者との続柄					自宅電話 携帯電話 その他連絡先									
性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男	明正昭和 大昭平成										( )					年 月 日生(満才)								
郵便番号																									
住所											方					(氏名)									
保険者番号											1割					1割					1割				
記号											本人					本人					本人				
番号											家族					家族					家族				
有効期限											3割					3割					3割				
公費負担者番号											1割					1割					1割				
公費受給者番号											2割					2割					2割				
有効期限											3割					3割					3割				

整理K-1