

診療申込書

他科診療申込書

変更通知(保険・姓名・住所)

負担割合	カード負担		
後期1割		1	0
3割		2	3
高年齢3割		4	3
2割		7	0

診療情報提供書

1. 無 2. 有

「太線の中をご記入下さい。」

フリガナ					性別				
患者氏名					男・女				
生年月日	元号	年	月	日	(歳)	交付日	年	月	日
現住所	〒				資格取得	年	月	日	
電話携帯	()	-	()	-	有効期限	年	月	日	
上記以外の連絡先(勤務先等)	名称				被保険者記号・番号				
ご家族の連絡先	氏名 (続柄)				交付日	年	月	日	
	住所 〒				資格取得	年	月	日	
	電話 () -				有効期限	年	月	日	

(初回) 診療科	腎高内02	消化内03	心循内04	海眼04	血液内05	内代謝06	呼アレ07	脳神内08	神内睡眠08	精神09	皮膚10	第一外21	第二外24	脳外22
	呼吸外23	整外25	泌尿26	耳鼻28	産婦30	形成31	心血外32	リ膠科35	小児42	小児外43	麻酔51	救命52	リハビリ53	
	放射線54	乳腺科56	排泄57	消内C61	超音C62	呼内C63	口外70	ドック長91	ドック短92	健診C93				
保険種別	協会01	船員02	日雇03	合自衛06	国公地公警07	警察33	公私学34	後期39	国保369	社退63	国退67			
諸法等	結子34	結子37	生保12	20	更生医15	育成医16	療育医17	原爆(認)18	原爆(般)19	精神29	精神32	麻薬取21	養育医23	
	中国残留25	肝炎38	特定疾51	小児50	指定難54	石綿66	こども60	こども80	身障81	長持89	県難病90	免除652		
	労災91													

Ukrainian спробуйте заповнити англійською мовою

прізвище та імя					стать	Ч・Ж
дата народження	Вам не потрібно заповнити цю графу	рік	місяць	день	вік ()	
адреса	〒					
номер телефону №1	()	-				
номер телефону №2	()	-				
номер телефону в ашгороді бочого місяця	назва					
	номер телефону () -					
Контактна інформація для екстрених випадків	імя (родинний зв'язок)					
	адреса 〒					
	номер телефону () -					