

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
3割	4 3
高齢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 患者氏名					性別 男・女	保険者番号							
生年月日	元号 大・昭 平・令	年	月	日	(歳)	被保険者 記号・番号							
現住所	〒					本人	家族	任	継				
電話 携帯	()	-	()	-		交付日	年	月	日				
上記以外の連絡先 (勤務先等)	名称	電話 ()			-	資格取得	年	月	日				
ご家族 の 連絡先	氏名	(続柄)				有効期限	年	月	日				
	住所 〒					被保険者 記号・番号							
		電話 ()			-	本人	家族	任	継				
						交付日	年	月	日				
						資格取得	年	月	日				
						有効期限	年	月	日				

(初回)	腎高内 02	消化内 03	心循内 04	睡眠 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
診療科	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	小兒 42	小兒外 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C 61	超音C 62	呼内C 63	口外 70	ドック長 91	ドック短 92	健診C 93				
保険種別	協会 01	船員 02	日雇 03	合 06	自衛 07	国公 31	地公 32	警察 33	公私学 34	後期 39	国保3 69	社退 63	国退 67	
諸法等	結子 10	結子 11	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		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 65		
	労災 91													

Korean 빈 칸에 정보를 기입하여 주십시오.

이름					성별 남성・여성
생년월일	우측 빈 칸에 기입 하여 주십시오	년도	월	일	나이 ()
주소	〒□□□-□□□□				
전화#1	()	-			
전화#2	()	-			
직장 주소	이름	전화# () -			
긴급 연락처	이름 (본인과의 관계)	〒□□□-□□□□			
		전화# () -			