

診療申込書

他科診療申込書

変更通知(保険・姓名・住所)

診療情報提供書

1. 無 2. 有

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

「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			
現住所	〒				資格取得				
電話	()	-			有効期限				
携帯	()	-			保険者番号				
上記以外の連絡先(勤務先等)	名称				被保険者				
	住所 〒				交付日				
ご家族の連絡先	氏名 (続柄)				資格取得				
	住所 〒				有効期限				
	電話 () -								

(初回)	腎高内02	消化内03	心循内04	睡眠血液内04	内代謝05	呼アレ06	脳神内07	神内睡眠08	精神08	皮膚09	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37-2	生保12	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22	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652		
	労災91												

Thai กรุณากรอกเป็นตัวอักษรภาษาอังกฤษ

ชื่อ					เพศ
วันเกิด	สมัย	ปี ค.ศ.	เดือน	วัน	ชาย · หญิง
ที่อยู่	〒				อายุ
หมายเลขโทรศัพท์ 1	()				(Y)
หมายเลขโทรศัพท์ 2	()				
ที่อยู่ทำงาน	ชื่อ				
	หมายเลขโทรศัพท์ () -				
ติดต่อในกรณีฉุกเฉิน	ชื่อ				(ความสัมพันธ์)
	〒				หมายเลขโทรศัพท์ () -