

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
7,000円+消費税が診療費とは
別にかかる場合がございます。

- この診療申込書と個人情報同意書と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。

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 ■ある(年 月) ■ない
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	12	13	15	16	17	18	(新規・変更)

フリガナ	被保険者名 又は世帯主名		〒		
氏名	被保険者との続柄		自宅電話	-	-
	被保険者の勤務先				
性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	大正 昭和 平成 令和	年	月	日生(満才)
郵便番号	〒		携帯電話	(氏名)	
住所	方		その他連絡先	(氏名)	

整理K-1