診療申込書

□ コピー

太枠内をご記入のうえ、保険証を添えて新患受付（3番窓口）へお出しください。　□ 新　規　□ 再来新患　□ 他科登録　カード □ あり □ なし

受付者印

本日の受診は、□一般診療　□検診　□身体検査　□予防接種　□予防接種（海外渡航用）

紹介状（診療情報提供書）は、お持ちですか。
□あ り　□な し

初診の患者さまにつきましては、紹介状無く受診される場合、1年以内に当院他科を受診されているとき等を除き、非紹介患者加算額として、**医科7，700円、歯科5，500円**などをいただきます。
この制度については、別紙の説明をご覧ください。

申込年月日　年　月　日

ﾌﾘｶﾞﾅ 患者氏名		男・女	被保険者との続柄※
生年月日	明・大・昭・平・令　年　月　日（満　歳）		
現住所	〒　－ 電話　（　）		
上記以外の連絡先	・連絡先には、勤務先等現住所以外の連絡先をご記入ください。 電話　（　）		

※ 国民健康保険証の場合は、世帯主との続柄をご記入ください。

入力者印

受診希望診療科を○でかこんでください。

01	02	03	04	05	06	07	08	10	11	12	14	15	16	17	18
呼吸器内科	消化器内科	循環器内科	腎臓内科	糖尿病内分泌内科	血液内科	外科・乳腺外科	歯科口腔外科	心臓血管外科	整形外科	産婦人科	精神科	形成外科	皮膚科	泌尿器科	小児科
19	20	21	22	23	24	25	27	28	29	30	33	50	40		
眼科	耳鼻咽喉科・甲状腺外科	放射線診断科	放射線治療科	麻酔科	脳神経外科	脳神経内科	リハビリテーション科	緩和ケア内科	腎臓移植外科	呼吸器外科	リウマチ・免疫内科	感染症内科	臨床研修センター		

法別コード	10	12	15	16	19	21	23	51	52	53	A3	A1	A2			
諸法名称	結核	生保	更生	育成	被爆	精神	養育	特疾	小特	施設	乳児	重身	ひとり親			
費用区分	協会	政府	船員	日雇	共済	組合	国保	自衛隊	自費	身体検査	労災	公災	前期	後期	本人	家族

患者番号							
保険者番号		保険証記号		番　号		負担割合	%

諸法負担単独・併用の別

法別コード	公費番号		受給者番号		期間	・　・　～　・　・	負担割合 %	確認者印
法別コード	公費番号		受給者番号		期間	・　・　～　・　・	負担割合 %	

キリトリ

キリトリ