

# 受付票 (診療申込・変更届出書)



|         |             |
|---------|-------------|
| 1       | 2           |
| 診察(予定)日 | 年 月 日 ( )曜日 |
| 診察券番号   |             |

受付日 年 月 日

1:新患 2:氏名・住所変更 3:保険切替  
4:従保険

|           |  |     |  |    |  |
|-----------|--|-----|--|----|--|
| 事前<br>仮登録 |  | 本登録 |  | 取込 |  |
|-----------|--|-----|--|----|--|

|      |   |                              |    |                |  |
|------|---|------------------------------|----|----------------|--|
| フリガナ |   | 性別                           | 年齢 | 生年月日           |  |
| 氏名   |   | 男・女                          |    | S・H・R<br>年 月 日 |  |
| フリガナ |   |                              |    |                |  |
| 現住所  | 〒 - 都 市 区<br>道 府 郡 町 村<br>県                     | *現住所と住民票が異なる場合は、住民票欄にご記入下さい。 |    |                |  |
| 電話番号 | 自宅 市外局 ( ) 局 番<br>勤務先 市外局 ( ) 局 番<br>携帯 ( ) 局 番 | 職 種                          |    |                |  |

太線の枠の中をご記入下さい。

|           |          |     |              |
|-----------|----------|-----|--------------|
| *住民票      | 県        | 市 郡 | 区 町 村        |
| 世帯主       |          |     | 世帯主との続柄      |
| 現住所以外の連絡先 | 電話番号 ( ) |     | 連絡先氏名 続柄 ( ) |

|       |              |     |
|-------|--------------|-----|
| 紹介状   | 医療機関名        | 医師名 |
| 希望診察医 | 紹介 ( ) 他医入院中 |     |

|          |    |   |          |   |         |
|----------|----|---|----------|---|---------|
| 保険者コード   |    |   | 保険証交付日   |   |         |
| 記号       | 番号 |   | 1 本人 開始日 |   |         |
|          |    |   | 2 扶養 終了日 |   |         |
| 公費負担者コード |    |   | 開始日      |   |         |
| 受給者コード   |    |   | 終了日      |   |         |
| 負担金      | 入院 | 円 | 外来       | 円 | 限度額認定区分 |