診 療 申 込 書

該当の方は番号に〇をつけてください。

■ 本日の受診が次の項目に該当しますか。

1. 労災見込み　　2. 交通事故

■ 耳の遠い方、ご不自由な方は、筆談にて対応致します。

1. 希望します

〇 次の事項をご了承ください。

1. 紹介状をお持ちでない患者さんには、初診時選定療養費として5,400円（税込）をお支払いいただいております。
2. 健康保険証等のコピーをさせていただきます。

〇 **太枠**の中をご記入後、健康保険証等と共に提出してください。

受診者	受診日	平成　　年　　月　　日	
	フリガナ		性別
	氏名		1 男 2 女
	生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日　　歳　　ヶ月	
	住所	〒	
	連絡先	自宅電話　（　　）　　－	
		緊急連絡先　　電話（　　）　　－	

病院処理欄

入力	確認

時　　分

保　紹