

# 診療申込書

|                                                                        |                                                                                            |      |    |    |    |    |    |    |    |    |     |               |    |    |      |    |    |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|---------------|----|----|------|----|----|
| 患者番号                                                                   |                                                                                            | 費用区分 | 政府 | 船員 | 日雇 | 共済 | 組合 | 国鉄 | 国保 | 特国 | 自費  | 体検            | 労災 | 公災 |      | 本人 | 家族 |
| 申込年月日      令和                  年                  月                  日 |                                                                                            |      |    |    |    |    |    |    |    |    |     | 診療科を○で囲んで下さい。 | 1  | 12 | 16   |    |    |
| 患者氏名                                                                   |                                                                                            |      |    |    |    |    |    |    |    |    | 男・女 |               | 内  | 外  | 整形外科 |    |    |
| フリガナ                                                                   |                                                                                            |      |    |    |    |    |    |    |    |    |     |               | 科  | 科  |      |    |    |
| 生年月日                                                                   | 大正・昭和・平成・令和                  年                  月                  日（満                  才） |      |    |    |    |    |    |    |    |    |     |               |    |    |      |    |    |
| 住所                                                                     | 〒□□□□□□□□                                                                                  |      |    |    |    |    |    |    |    |    |     |               |    |    |      |    |    |
| TEL                                                                    |                                                                                            |      |    |    |    |    |    |    |    |    |     |               |    |    |      |    |    |

乳幼児医療費受給者証・ひとり親家族等医療費受給者証・重度心身障害者医療費受給者証・  
**老人限度額認定証・標準負担額認定証**をお持ちの方は保険証と一緒に受付にお出し下さい。

社会医療法人孝仁会 札幌第一病院