

再来申込書・受付表

以下のチェックボックスにチェックください

- 紹介状の持参がない初診の場合に、選定療養費(保険診療とは別に7,700円)が掛かることに同意します。
 会計時の診療費の負担割合や所得に応じた限度額について、オンラインシステム上で確認することに同意します。

※ 治療により状態が落ち着いた後に、当院担当医が他の医療機関への紹介を申し出た後も当院での診療を希望された方は再診の選定療養費(保険診療とは別に3,300円)がかかる場合があります。

※のところは○をつけて、窓口③番へ提出してください。

フリガナ	生年月日																		
氏名	明・大 昭・平・令 年 月 日生																		
	受診科 (○で囲む)	01	30	32	13	15	02	03	03	04	31	17	05	06	07	08	09	10	12
内科		呼吸器内科	消化器内科	脳神経内科	循環器内科	精神科	小児科	乳児健診	外科	消化器外科	脳神経外科	整形外科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	眼科	耳鼻いんこう科	放射線科	健康診断
受診内容	※ 1 診察			2 くすり				3 注射				4 リハビリ			5 検査		6 予約		

受診前にマイナンバーカードの読み取りをお願いします。
 なお、マイナンバーカードをお持ちでない方は、保険証を再来申込書にそえて窓口③番へ提出してください。

医事使用欄 ☆この下は記入する必要はありません。

返却 保険証	
-----------	--

入力 済	
---------	--

患者 I D					

令和6年3月12日版