

⑤ 入院申込書

入院日 令和 年 月 日
申込日 令和 年 月 日

太枠の中をご記入ください。

フリガナ	
患者様氏名	男 ・ 女
明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成	年 月 日生 歳
患者様住所 : 〒	
フリガナ	
ご連絡先 ① 氏名	続柄 :
住所 : 〒	
電話番号 (自宅)	/ (携帯)
フリガナ	
ご連絡先 ② 氏名	続柄 :
住所 : 〒	
電話番号 (自宅)	/ (携帯)
その他ご連絡先	

患者コード : 主治医 : Dr 部屋番号 :
保険の種類 : 健 ・ 国 ・ 退 / 本 ・ 家 / 高 ・ 後期 ・ 障 ・ 難 ・ 免
生保 (福祉 : 様 TEL)

標準負担額減額認定証 現行並み (I II III) I ・ II ・ 対象外 ・ 申請中
ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ

支払方法 : 窓口支払 ・ 現金書留 ・ 銀行振込 ・ 預り金よりおとし

請求書 : 事務所預り ・ 送付 (連絡先 の所へ)