

登録

診療申込書

保険証	受	
	返	

※赤枠内のみ記入して下さい

受付日	令和 年 月 日	患者番号	10-		変更の有無
フリガナ		男・女	カルテ番号	20-	□なし□あり
氏名		女	受診科		
住所	〒□□□-□□□□	様	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	□なし□あり
電話	自宅	() -	被保険者氏名		□なし□あり
	本人携帯	() -	被保険者からみた続柄		□なし□あり
	緊急時連絡先	() -	続柄 ()		

紹介状	☐ あり	医療機関等名 電話番号
	☐ なし	別途保険外併用療養費を お支払いいただきます
レントゲンフィルム等	☐ なし ☐ あり	

旧 歯	20-
----------	-----

北大の医科を受診したことがありますか
有・無 (-)

診察券をお持ちの方は提示願います

保険者名(公費負担者番号)	継続	本家	給付割 外 入	保険記号	保険番号(公費受給者番号)	開始年月日	終了年月日	資格交付
	☐	☐	☐					
	☐	☐	☐					