

※赤枠内のみ記入して、初診受付窓口へお越し下さい

登録

診療申込書

- ☐ 新規
☐ 再登録
☐ 初診登録
☐ 他科登録
☐ 1 J
☐ 定期
☐ 1 M

前回来院日
● ●

紹介状	☐ あり	医療機関等名 電話番号
	☐ なし	別途特定療養費を お支払いいただきます
レントゲンフィルム等		☐ なし ☐ あり

今まで歯科を受診したことがありますか
有・無 (-)
診療券をお持ちの方は提示願います

☐ 保険変更

L ● ●	住 〒
S ● ●	所 電話

給付割

保険者名(公費負担者番号) 継続 本家 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

受付日	令和	年	月	日	変更の有無	
フリガナ 氏名	男・女	患者番号				☐ なし ☐ あり
		受診科			科	
名	様	生年月日	年	月	日 (歳)	
住所	〒 (緊急時連絡先)					☐ なし ☐ あり
						☐ なし ☐ あり
電話(自宅)		被保険者氏名			☐ なし ☐ あり	
		被保険者からみた続柄			☐ なし ☐ あり	

☐ 診療券
忘れ

※ 受付窓口及び診療時には、誤認防止のため、お名前でお呼びしております。ご了承ください。