

初来院

診 察 申 込 書

※ 太枠の中のみご記入ください

申込年月日	年 月 日	登録番号								
フリガナ			性別	男・女		受診される科に○をつけてください。				
氏名						01 内 科				
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日		歳		03 精神・神経科				
住所	〒					05 呼吸器・血管外科				
	自宅電話 () -					06 小児科				
事業所名						07 外科				
	電話 () -					08 整形外科				
被保険者名 (世帯主氏名)			被保険者 (世帯主) との続柄			09 形成外科				
						10 脳神経外科				
受診区分	1 一般疾病 2 労働災害 3 交通事故(自損・その他) 4 健康診断					11 小児外科				
						12 皮膚科				
						13 泌尿器科				
						14 産婦人科				
						15 眼科				
						16 耳鼻咽喉科				
						17 リハビリテーション科				
						18 放射線科				
						19 麻酔科				
						20 歯科口腔外科				
						22 ベビーカー				
						24 健康診断				
						25 ドック				
						26 緩和ケア科				

保険種別	協	政	組	日	船	共	自	退	国	退	医	歯	生	入	任	(	後	自	私	労	交	そ	(
	けん	府	合	雇	員	済	衛	健	保	保	保	師	保	所	継	)	期	費	費	災	通	の)					
第 1 保 険														第 2 保 険														
保険者番号															1. 本人												1. 本人	
記号・番号	;																;											
有効期間	. . ~ . .														2. 家族		. . ~ . .										2. 家族	

公費負担医療	区 分		第 1 公 費		第 2 公 費
	負担者番号				
	受給者番号				
	有効期間	. . ~ ~ . .	
	負担割合	1. 一般 2. 高3 3. 低1 4. 低2			

一 部	減 免	入院負担率	外来負担率
交通事故	4. 老 免	0 割	0 割
1. ② 後払い		1 割	1 割
船員(本人)		2 割	2 割
5. 職務上		3 割	3 割
7. 通勤災害		10 割	10 割
8. 下船後3ヶ月		15 割	15 割

備 考	
-----	--