

(保健所紹介)

ID ()

診療申込書

※太枠の中を記入してください

申込日		年	月	日
フリガナ		男	生年月日	
氏名		女	年	月 日
住 所 〒 —				
※常時連絡のとれる連絡先を以下に記載してください。				
自宅電話番号		携帯電話番号		
() —		() —		
FAX番号				
() —				

※保険証及び受給者証(高齢受給者証、マル福等)を添付してください。

○診療費のお支払いについて

今回の診療費につきましては、診療申込書に記載された住所に郵送させていただきますので、お支払いの方よろしくお願いたします。

お支払いいただく方が患者本人でない場合、以下の記入をお願いいたします。

患者本人の場合は、記載いただく必要はありません。

債務者 (支払義務者)	フリガナ	
	氏名	
	住所	〒 —
	電話番号	() —
	患者との関係	