

診 察 申 込 用 紙

※太枠の中を記入して下さい

申込年月日：令和 年 月 日

フリガナ		生年月日		性別
氏名 (戸籍通りにご記入下さい)		大正・昭和 平成・令和	年 月 日	男・女
住所	〒			
		都・道 府・県	郡・市 区	町・村 区
		電話番号(自宅) () -		
		電話番号(携帯) () -		
緊急連絡先①	フリガナ 氏名	(続柄)		
		電話番号	()	-
緊急連絡先②	フリガナ 氏名	(続柄)		
		電話番号	()	-
<高額療養費制度のご利用する場合> 限度額情報を提供しない場合はチェックをつけて下さい。※同意を取り消す場合はお申し出下さい。 <input type="checkbox"/>				
新小山市民病院で診療を受けたことがありますか？		はい	いいえ	
紹介状をお持ちですか？		はい	いいえ	
◎初診時または最終受診から半年以上経過しており、紹介状をお持ちでない方は 「選定療養費」として診療費の他に7,700円 [※] の自己負担があります。(※消費税10%込)				
マイナンバーカードを健康保険証として利用しますか？		はい	いいえ	
工作中や通勤途中にケガ等をした場合の受診ですか？		はい	いいえ	
※労働災害で受診される方は必ず窓口にお申し出ください。 労働災害に健康保険は使えません。労働災害の受診は労災保険でお願いします。 労災保険の請求手続きについては、まず労働基準監督署へご相談ください。				
交通事故による負傷をした場合の受診ですか？		はい	いいえ	
※交通事故で受診される方は必ず窓口にお申し出ください。 交通事故で健康保険を使用する場合は所定の手続きが必要となります。				