

再来申込書・受付表

以下のチェックボックスにチェックください

- 紹介状の持参がない初診の場合に、選定療養費(保険診療とは別に7,700円)が掛かることに同意します。
- 会計時の診療費の負担割合や所得に応じた限度額について、オンラインシステム上で確認することに同意します。

- 治療により状態が落ち着いた後に、当院担当医が他の医療機関への紹介を申し出た後も当院での診療を希望された方は再診の選定療養費(保険診療とは別に3,300円)がかかる場合があります。

※のところは○をつけて、受付窓口へ提出してください。

フリガナ													生年月日											
氏名													明・大 昭・平・令	年	月	日	生							
受診科 (○で囲む)	01	30	32	13	15	02	03	03	04	31	17	05	06	07	08	09	10	12	20					
	内 科	呼 吸 器 内 科	消 化 器 内 科	脑 神 經 內 科	循 環 器 內 科	精 神 科	小 兒 科	乳 兒 健 診	外 科	消 化 器 外 科	脑 神 經 外 科	整 形 外 科	皮 膚 科	泌 尿 器 科	産 婦 人 科	眼 器 科	耳 鼻 いん こう 科	放 射 線 科	健 診 断					
受診内容	※	1 診察	2 くすり	3 注射	4 リハビリ	5 検査	6 予約																	

受診前にマイナンバーカードの読み取りをお願いします。

なお、マイナンバーカードをお持ちでない方は、資格確認書を再来申込書にそえて受付窓口へ提出してください。

医事使用欄 ☆この下は記入する必要はありません。

認資 返書格 却等確	
------------------	--

入力 済	
---------	--

患者ID									

令和8年1月8日版