

受診申し込み書

氏名

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

① 現住所 〒 -
住 所

電話番号
FAX 番号
携帯番号

② 勤務先

勤務先 名称
住所

電話番号

③ 現住所と保険証の住所に違いがある場合,記入して下さい

〒 -
住 所

電話番号
FAX 番号

④ 書類（保険証確認,請求書）送付先の住所に違いがある場合,記入して下さい

〒 -
住 所

電話番号
FAX 番号

⑤ 予約変更など急ぎの連絡を,医院側から取りたい場合があります。
その時の連絡先を記入して下さい

⑥ 書類（保険証確認など）の連絡を FAX でも良い場合,記入して下さい。

保険証確認の為 FAX 送付 可 FAX 番号
請求書の FAX の受取 可 FAX 番号

⑦ 通院に都合の悪い曜日・時間などある場合

又、都合の良い曜日・時間がある場合,記入して下さい