

# 新患受付票

年 月 日 ID

※太枠内のみご記入ください

受診者	フリガナ		男・女	生年月日	明・大・昭・平	年齢
	氏名				年	月
	住所	〒				
	電話番号					
受診者以外の連絡先	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平		
	氏名			年	月	日
	住所					
	電話番号		続柄			

協会	共済	組合	自衛官	船員	保険
後期	社本	社家	国保本	国保家	退本
				退家	生保
記号					
番号					
保険者					
備考					
入力者					