

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 日				歳
	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	自費
記 号								
番 号								
保 険 者								
	備 考							
入力者								