

(裏)

患者加入医療保険														
患者の加入医療保険	保険種別 (該当するものをチェック)		<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 上記以外					記号及び番号			(記号)	(番号)		
	被保険者	フリガナ											患者との続柄	
		氏名	(姓)						(名)					
保険者コード番号 (右詰めで記入してください。)								保険者名称						
介護保険認定		<input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 無					利用している介護サービス							

支給認定基準世帯員

氏名	患者との続柄	生年月日	医療保険の種類 (該当するものをチェック)	医療保険の種類が、国民健康保険又は後期高齢者医療以外の場合 本人・被扶養者の別
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 上記以外	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 上記以外	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 上記以外	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 上記以外	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 上記以外	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 上記以外	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 上記以外	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者

受託医療機関

名称	所在地

- 備考 1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。
- 2 変更の申請をする場合は、患者の氏名、居住地及び電話番号、受給者番号及び変更の必要が生じた事項並びに患者の保護者が申請をする場合にあつては、当該保護者の氏名、居住地、電話番号及び当該患者との続柄を記入すること。