

## 入院申し込みシート

患者氏名		生年月日	
		西暦	年
		月	日
申込者氏名	ご関係 ・ 病院職員 ・ 施設職員 ・ ご家族 その他 ( )		
入院医療機関名			
入院手続等連絡先 ( )		— ( 担当 )	
医療保険	・ 社保 ・ 国保 ・ 後期高齢 ・ 自賠責 ・ 労災		
保険者番号		受給者番号	
公費	・ 生保 ・ 乳 ・ ひとり親 ・ 障害 ・ 難病		
公費負担	( 課税1割 ・ 初診時一部負担 )		

併せて患者情報収集シートもご記入お願い致します。