

(様式3)

患者基本情報・保険情報提供書

岐北厚生病院

施設名

医師名

フリガナ				性別		
患者氏名				男・女		
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生	年齢	才
住所						
	〒 電話					
職業			続柄			
被保険者氏名			世帯主氏名			

保険区分	健本	健家	国保	退本	退家	生保	労災	自費	自賠
------	----	----	----	----	----	----	----	----	----

負担割合	割
------	---

保険者番号										資格取得	年	月	日
被保険者証記号・番号										有効期限	年	月	日
公費負担者番号										有効期限	年	月	日
公費受給者番号													
公費負担者番号										有効期限	年	月	日
公費受給者番号													
県単医療記号・番号										有効期限	年	月	日
重度・母子・乳児										有効期限	年	月	日
特定疾患 ()										資格取得	年	月	日
											年	月	日
保険者・市町村	電話												
事業所													
国保組合所在地													

※ 患者基本情報・保険情報提供書にて事前にカルテを作成致しますが、受診当日は確認の為、健康保険証を総合受付へ提示下さい。