

カルテNo.

ふりがな

入院日

氏名

令和 年 月 日

住所

電話番号

携帯電話

キーパーソン ①

ふりがな

続柄

氏名

() 住所

電話番号

携帯電話

キーパーソン ②

ふりがな

続柄

氏名

() 住所

電話番号

携帯電話

※オンライン資格確認(マイナ保険証)による診療情報及び保険情報

(今までに使った正確な薬の情報やご自身の過去の受診歴・診療情報を踏まえた健康状況、
高額医療費限度額認定証等の保険情報など)

の取得に同意しますか。

同意します。

同意しません。

署名

当てはまるものに☑をつけてください。

ご本人のお支払い (直接渡しに行きます)

キーパーソンのお支払い (①の方 ②の方)

職員記入欄

〔キーパーソンへの連絡方法〕

電話連絡をして、受付においておく

電話連絡をしないで、受付においておく