

入院日 年 月 日

患者番号 \_\_\_\_\_

入院申込書

患 者	現住所	〒 _____ 電話 _____ ( ) _____		
	ふりがな氏名		性別	男・女
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生 (才)		
	※ 職業			
勤務先	名称			
	所在地	〒 _____ 電話 _____ ( ) _____		
※ 診療費支払方法	・健保(本・家) ・共済(本・家) ・船保(本・家) ・国保(本・家) ・後期 ・その他( )			

独立行政法人地域医療機能推進機構 京都鞍馬口医療センター への入院を申し込みます。

令和 年 月 日

申 込 者	現住所	〒 _____ 電話 _____ ( ) _____		
	ふりがな氏名		患者との関係	
	職業			
	勤務先	名称		
	所在地	〒 _____ 電話 _____ ( ) _____		

独立行政法人地域医療機能推進機構 京都鞍馬口医療センター 殿

(注) 申込者が患者本人の場合、「申込者」欄の記入については、「氏名」欄以外の記入は不要です。