

院長	副院長	事務部長	看護部長	業務班長	副看護部長	専門職	算定・病歴係

入院申込書

患者	現住所	〒 ー					
		電話 ー ー					
	ふりがな 氏名					性別	男・女
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生 (才)					
	職業						
勤務先	名称						
	住所	〒 ー					
		電話 ー ー					
保険状況	保険証（国保・社保・その他）難病医療費助成等の公費（有・無） 介護保険の認定（有・無）→ 有の方（要支援・要介護） マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか（はい・いいえ）						

独立行政法人国立病院機構岩手病院 への入院を申し込みます。

令和 年 月 日

申込者	現住所	〒 ー					
		電話 ー ー					
	ふりがな 氏名					印	患者との関係
	職業						
	勤務先	名称					
	住所	〒 ー					
		電話 ー ー					

独立行政法人国立病院機構岩手病院長 殿

- (注) 1. 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。
2. この入院申込書は、「申込者」本人が自署する場合は押印は不要です。但し、それ以外の場合は氏名の右横に押印が必要となります。
3. マイナ保険証のご利用について、当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。