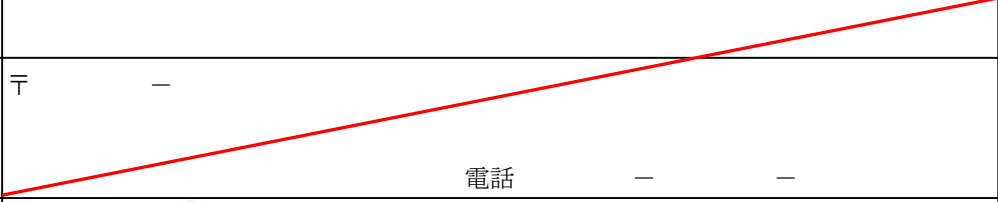


院長	副院長	事務部長	看護部長	業務班長	副看護部長	専門職	算定・病歴係

## 記入例 入院申込書

患者	現住所	〒 021 - 0000 岩手県一関市〇〇〇町0-0		電話	0191 - 00 - 0000		
	ふりがな 氏名	いわて はなこ 岩手 花子		性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女		
	生年月日	大・ <input checked="" type="radio"/> 昭・平・令 00年 00月 00日生 (00才)					
	職業	主婦					
者	勤務先	名称					
	住所	〒 -					
	保険状況	保険証 ( <input checked="" type="radio"/> 国保・社保・その他 ) 難病医療費助成等の公費 ( <input checked="" type="radio"/> 有・無 ) 介護保険の認定 ( <input checked="" type="radio"/> 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 ( <input checked="" type="radio"/> 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 00年 00月 00日 ← 入院日を記入

申込者	現住所	〒 021 - 0000 岩手県一関市〇〇〇町0-0		電話	0191 - 00 - 0000		
	ふりがな 氏名	いわて いちろう 岩手 一郎		印	患者との関係	夫	
	職業	会社員					
	勤務先	名称	株式会社 〇〇〇				
	住所	〒 021 - 0001 岩手県一関市〇〇〇町9-9		電話	0197 - 00 - 0000		

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。