

郡山市医療介護病院 入院申込書

受付年月日 平成 年 月 日
 対応者氏名 _____

お申込者氏名 _____ 続柄 _____

[本人情報]

フリガナ _____

性別 _____ 生年月日 _____

ご利用者氏名 _____ 男・女 _____ 年 月 日

ご利用者住所 〒 _____

電話番号 (_____) _____

[家族情報]

フリガナ _____

身元引受人氏名 _____ 続柄 _____

身元引受人住所 〒 _____

電話番号 (_____) _____

緊急連絡先 〒 _____

電話番号 (_____) _____

[保険・手帳等] 記入できる範囲内で該当する箇所をお書きください。

① 保険

保険区分		記号	番号	備考
医療保険	国民健康保険			
	その他健康保険			

保険区分	要介護度	記号	番号	備考
介護保険				

② 手帳

1) 老人手帳	手帳番号	交付年月日	備考
		平成 年 月 日	

2) 障害者手帳	手帳番号	交付年月日		備考
			平成 年 月 日	
	障害等級	障害区分	障害内容	

3) 生活保護	手帳番号	備考

[添付書類]

[その他]

1. 診療情報提供書
 (医療機関からの紹介状) _____

2. 要介護認定通知書の写し
 (要介護認定を受けている方) _____
