

# 入院前保険証確認書

〒573-0104  
 大阪府枚方市長尾播磨谷1-2834-5  
 医療法人みどり会 中村病院宛  
 TEL 072-868-2071  
 FAX 072-856-0165(地域連携相談部)

患者指名(イニシャル)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 2px;">生年月日</td> <td style="width: 40%; padding: 2px;">明治・大正・昭和・平成</td> <td style="width: 10%; padding: 2px;">年</td> <td style="width: 10%; padding: 2px;">月</td> <td style="width: 10%; padding: 2px;">日</td> </tr> </table>	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日		

性別	男・女
----	-----

〒	<input style="width: 90%;" type="text"/>	-	<input style="width: 90%;" type="text"/>
住所	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
電話	<input style="width: 100%;" type="text"/>		

## ※保険証情報

	保険者番号	記号・番号	本人・家族	負担割合	資格取得日	有効期限				
保険証	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 25%;"><input style="width: 95%;" type="text"/></td><td style="width: 25%;"><input style="width: 95%;" type="text"/></td><td style="width: 25%;"><input style="width: 95%;" type="text"/></td><td style="width: 25%;"><input style="width: 95%;" type="text"/></td></tr></table>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	本人・家族	割	<input style="width: 50%;" type="text"/> / <input style="width: 50%;" type="text"/>	<input style="width: 50%;" type="text"/> / <input style="width: 50%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>							
公費①	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		割	<input style="width: 50%;" type="text"/> / <input style="width: 50%;" type="text"/>	<input style="width: 50%;" type="text"/> / <input style="width: 50%;" type="text"/>				
公費②	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		割	<input style="width: 50%;" type="text"/> / <input style="width: 50%;" type="text"/>	<input style="width: 50%;" type="text"/> / <input style="width: 50%;" type="text"/>				

	長期入院(多数該当) 年月日	適用区分	発行期日	有効期限
限度額適用認定証	H <input style="width: 50%;" type="text"/> 年 <input style="width: 50%;" type="text"/> 月 <input style="width: 50%;" type="text"/> 日	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 50%;" type="text"/> / <input style="width: 50%;" type="text"/>	<input style="width: 50%;" type="text"/> / <input style="width: 50%;" type="text"/>