

診療申込書兼変更届

印西総合病院

申込年月日（来院日） 年 月 日

I D番号

◎マイナ保険証による診療情報の取得にご同意いただけますか？

はい ・ いいえ

受診者氏名	フリガナ NAME	(旧姓)	生 年 月 日	DATE OF BIRTH 大 昭 年 月 日 平 令 (歳 ヶ月)	性 別	SEX 男 (M) 女 (F)
	現住所 〒 都 道 府 県	連 絡 先	① () ② () (家族連絡先等)	続 柄		
	フリガナ NAME	(旧姓)	生 年 月 日	DATE OF BIRTH 大 昭 年 月 日 平 令 (歳 ヶ月)	性 別	SEX 男 (M) 女 (F)
	現住所 〒 都 道 府 県	連 絡 先	① () ② () (家族連絡先等)	続 柄		

●電話番号は必ず2つご記入ください。

- ・氏名欄の(旧姓)につきましては、以前当院において旧姓で受診された事がある場合にご記入下さい。
- ・交通事故・労働災害・スポーツ保険を申請予定の方は窓口にてお申し付けください。
- ・当該医療機関は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めている医療機関（医療情報取得加算算定医療機関）です。
- ・マイナ保険証により正確な情報を取得・活用することで、より質の高い医療を提供できるため、マイナ保険証を積極的な利用にご協力をお願いします。

◇2024年6月1日～

- ◆医療情報取得加算（初診時）加算1：3点※マイナ保険証持参なしの場合 加算2：1点※持参あり
- ◆医療情報取得加算（再診時）加算3：2点※マイナ保険証持参なしの場合 加算4：1点※持参あり

病院職員使用欄

入力	返却	入力チェック
印	印	印