

# 当院は保険医療機関です

月初めには、必ず保険証またはマイナンバーカードの提示をお願いします。

保険証をお持ちでない場合、自費としてお支払いいただきますのでご了承ください。

下記の物をお持ちでしたら併せてご提示ください。

- ・ 各種受給者証
- ・ 紹介状
- ・ 他院での検査結果 など

|               |  |       |
|---------------|--|-------|
| 健康保険<br>被保険者証 | 本人（被保険者）<br>平成〇〇年〇〇月〇〇日交付<br>記号 11010203 番号 123456 | 00123 |
| 氏名            | 姓 太郎<br>名 健保 太郎                                    | 性別 男  |
| 生年月日          | 昭和〇〇年〇〇月〇〇日  |       |
| 資格取得年月日       | 平成〇〇年〇〇月〇〇日  |       |
| 事業所名称         | 〇〇〇 株式会社   | 印     |
| 保険者番号         | 011010011  |       |
| 保険者名称         | 全国健康保険協会 〇〇支部                                      |       |
| 保険者所在地        | 〇〇市〇〇区〇〇町〇〇-〇-〇                                    |       |

|              |                |
|--------------|----------------|
| 健康保険被保険者証    |                |
| 有効期限         | 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 |
| 記号・番号        | 〇〇 〇〇〇         |
| 住所           | 〇〇△ 〇〇〇 ×××-×  |
| 世帯主          | 氏名 〇〇 〇〇〇      |
| 保険者の名称及び印    | 〇〇△ 印 〇〇       |
| 交 付<br>年 月 日 | 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 |



なりた泌尿器科・内科クリニック

Narita Urology & Internal medicine Clinic