

年 月 日

受診者と同一保険の加入者の氏名及び個人番号

受診者氏名	
-------	--

No	受診者と同一保険の加入者											
	氏	名	個								人	番
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

※ 国民健康保険（及び後期高齢者医療）加入者については、受診者と住民票上同一世帯で、かつ同じ医療保険に加入している者全員の氏名及び個人番号を記入してください。