

新規ご利用者様申し込み用紙



施設名 _____
(フリガナ) _____

ご利用者様氏名 _____ 様 お部屋番号 _____ 号室 _____

原稿枚数 本紙含め _____ 枚

【キーパーソン情報】

お名前	(フリガナ) _____
ご関係	_____
お電話番号	_____
ご住所	(〒 -) _____

- 契約・口座振替の記載がご利用者様本人の場合のみ、こちらにチェックをお願いします
- お薬の管理がご利用者様本人の場合のみ、こちらにチェックをお願いします
- ・G E 医 薬 品 へ の 変 更 希望しない(先発品をご希望される場合はチェックをお願いします)
(希望しない理由: _____)
※ジェネリック医薬品を希望しない場合、負担金が通常より高額になる場合がございます
- ・お 薬 代 お 支 払 方 法 口座振替・ その他(_____)
- ・ 明 細 書 必要・ 不要 ※口座振替ご希望の方は、領収書と一緒に明細書も同封させていただきます
- ・お薬の開始日(複数の医療機関を受診されている場合、各医療機関の開始日の記載をお願いいたします)

開始日 _____ ~ _____

- ・現在服用中のお薬情報の有無 あり・ なし ※ありの場合情報も合わせてお送り下さい

【確認事項】コピーのご用意お願い致します。

保険証/受給者証(自立支援・指定難病・重度障害)/介護保険証(負担割合証)など、必要書類もあわせてお送り下さい

【ケアマネジャー情報】

お名前	(フリガナ) _____
事業所名	_____

【メモ】

