

保険情報用紙 ③

患者氏名 (

) 様

1) 主保険情報について * AまたはBのどちらかの口をチェックし、内容をご記入ください。

A : <input type="checkbox"/> 70歳未満	
保険者番号	
保険記号	
保険番号	
資格取得年月日	年 月 日
保険終了年月日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> なし

B : <input type="checkbox"/> 70歳以上	
保険者番号	
保険番号	
患者負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割
資格取得年月日	年 月 日
保険終了年月日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> なし

2) 公費負担情報について 該当しない場合は、ここをチェック→ 公費負担該当なし
 該当する場合は、以下の口をチェックし 内容をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 特定疾患(難病)受給者	
保険者番号	
保険番号	
自負負担額(月額)	円
資格取得年月日	年 月 日
保険終了年月日	年 月 日

<input type="checkbox"/> 重度心身受給者	
保険者番号	
保険番号	
自己負担額(月額)	円
資格取得年月日	年 月 日
保険終了年月日	年 月 日

<input type="checkbox"/> その他	
保険者番号	
保険番号	
自負負担額(月額)	
資格取得年月日	年 月 日
保険終了年月日	年 月 日

* 得た情報を基に訪問費用を算出し、同行訪問時あらためて患者・家族に費用概要を説明致します。

この用紙「保険情報用紙③」と一緒に「皮膚・排泄ケア認定看護師の同行訪問依頼書①」「認定看護師の同行訪問看護に関する同意書②」の3つの用紙を君津中央病院地域連携室 (FAX:0438-36-0399) にお送りください。

同行訪問の可否など、皮膚・排泄ケア認定看護師より 後日連絡致します。