

<鹿屋市CKD予防ネットワーク 経過報告書>

年 月分

腎臓診療医 氏名		所属医療機関名	
----------	--	---------	--

	健診の有無	登録医・かかりつけ医からの紹介の有無	被保険者証の記号・番号 ※生活保護の場合は受給者番号を記入		性別	生年月日	保険の種類 <small>※下記の番号を選択 ※手書きの場合は記入不要</small>	保険者番号 <small>※手書きの場合は番号のみで可 ※生活保護の場合は公費負担者番号を記入</small>
			記号	番号				
記入例	有	有	〇〇〇〇〇	●●●●	男	S45.6.7	④健康保険組合・国保組合	⑧鹿児島県医師国民健康保険組合 00463018
1	有・無	有・無			男・女			
2	有・無	有・無			男・女			
3	有・無	有・無			男・女			
4	有・無	有・無			男・女			
5	有・無	有・無			男・女			
6	有・無	有・無			男・女			
7	有・無	有・無			男・女			
8	有・無	有・無			男・女			
9	有・無	有・無			男・女			
10	有・無	有・無			男・女			

※ 保険の種類欄には下記の番号を選択してください。(手書きの場合は記入不要)

- ①国保    ②後期高齢

※ 御記入後は月毎にまとめて、返信用封筒で御郵送いただくか、下記宛てにFAX又はメールで送信してください。  
 なお、FAX等で送信される場合は、番号やアドレスをお間違いのないよう十分御注意ください。