

03-3292-3376 (医療連携室直通 FAX番号)

受診予定日時	月	日	午前・午後	:	頃
---------------	---	---	-------	---	---

受診される診療科名に○を付けてください						
内科・ リウマチ科	消化器外科	消化器内科・ 肝臓内科	婦人科	呼吸器内科・ 呼吸器外科	整形外科	循環器内科
放射線科	腫瘍内科	形成外科	乳腺外科	泌尿器科		
検査のみ (胃内視鏡・CT・MRI・骨密度・その他 ())						

医師指定	なし ・ あり (先生)
-------------	----------------

患者氏名	フリガナ	性別	男 ・ 女
生年月日	M・T・S・H 年 月 日		
住所	〒		
電話番号	— —		

保険情報記入欄 ※保険証・公費負担受給者証のコピーを送信していただく場合ご記入は不要です。

被保険者証 (本人・家族) (0割・1割・2割・3割)							
保険者番号							
記号・番号		—					
資格取得日	年	月	日				
有効期限	年	月	日				

第一公費負担医療受給者証							
負担者番号							
受給者番号							/
有効期限	年	月	日				

老人医療受給者証 (1割・2割)							
市町村番号							
受給者番号							/
有効期限	年	月	日				

第二公費負担医療受給者証							
負担者番号							
受給者番号							/
有効期限	年	月	日				

貴医療機関名					
医師氏名					
住所	〒				
電話番号	—	—	FAX番号	—	—