

小樽協会病院 地域医療連携室
(F A X 0134-21-5718)

紹介患者受診申込書

ふりがな	
患者名	男 女
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日
患者住所	
電話番号	— —

健康保険情報

(国保・社保・後期・その他 本人・家族)

被 保 険 者 証 手	保険者番号								
	記号・番号								
被 保 険 者 の 勤 務 先	電話 ()	—							
公費負担者番号									
公費負担医療 の受給者番号									
乳・ひとり親・障	(初診時一部負担金・市民税課税)								
その他	生保・労災・公災・自賠責・(その他)								

※健康保険情報は保険証のコピーでも結構です。

診療科				希望医師			
希望年月日	年	月	日	午前	時頃		
紹介目的							
<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー							

※患者様のご来院時に、紹介状と保険証を持参くださるよう、お伝えください。

(紹介元医療機関)							
令和	年	月	日				
所在地							
名称							
紹介元医師名							
電話番号				—	—		
F A X 番号				—	—		

〒047-8510 小樽住ノ江1丁目6番15号 小樽協会病院

地域医療連携室 (T E L 0134-21-5717)