

紹介患者受診申込書

健康保険情報

(国保・社保・後期・その他 本人・家族)

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

| | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被 保 険 者 証 手 続 号 | 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 害者 | (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 | 午前 時頃 |
| 年 月 日 | |
| 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) | |
| 平成 年 月 日 | |
| 所在地 | |
| 名称 | |
| 紹介元医師名 | |
| 電話番号 | — — |
| FAX番号 | — — |