

小樽協会病院 地域医療福祉連携室  
(FAX0134-21-5718)

### 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)

保険番号									
記号・番号									
自己負担割合	1割・2割・3割 ( )								
公費負担番号									
公費負担医療 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	午前・午後 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、紹介状と保険証をご持参くださるよう、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	- -
FAX 番号	- -

〒047-8510 小樽市住ノ江1丁目6番15号 小樽協会病院

地域医療福祉連携室 (TEL 0134-21-5717)