保　険　情　報　連　絡　票

**［ＦＡＸ番号　０２８５－３６－０３５２］**

平成　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 新　小　山　市　民　病　院  　　　　　医　療　連　携　室　行 | 貴院の名称・所在地  (注)医師名・電話及びＦＡＸ番号必ずご記入下さい。 |
| フリガナ　　　　　　　　　　　　　（男・女）  患者氏名  　　　　　　　　　　　　　　様（　　才）  生年月日（明・大・昭・平）　　　年　　月　　日 |  |
| 住　所　〒　　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL | |

‐保　険　情　報‐

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者番号 |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 記号・番号 | 記号　　　　　　 　　 番号 | | | | | | | | |
| 被保険者名（世帯主） |  | | | | | | | | |
| 資 格 取 得　　　　 　年　　　月　　　日 | | | | 有 効 期 限　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | |
| 被保険者との続柄 （　　本人　・　家族　　）　　　　継　続　（　　有　・　無　　） | | | | | | | | | |
| 後期高齢者・高齢受給者証の一部負担金の割合 　１割 ・ ２割 ・ ３割 | | | | | | | | | |
| 事業所名 | | | | 保険者名 | | | | | |

‐公費負担受給者証‐

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公費負担番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年　　　月　　　日　　　～　　　　　年　　　月　　　日まで | | | | | | | | |

\*保険情報は、ご記入頂くか、または、内容が記載されている保険証等をＦＡＸしてください。

\*患者様の診療申込手続きを済ませ、事前にカルテ・診察券を作成してお待ちしております。