

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。