

紹介患者保険情報 F A X 送信表

細木病院 地域連携室行き FAX 088-822-7757

紹介先医療機関名
 特定医療法人仁生会 細木病院
 高知市大膳町37

平成 年 月 日
 紹介元医療機関名

科 _____ 先生

医師名 _____
 TEL: () - _____
 FAX: () - _____

受診希望日 月 日 午前・午後 時 分
 緊急の有無 (有・無) 予約の有無 (有・無)

フリガナ	
名前	(男・女)
生年月日	明大昭平 年 月 日
住所	
電話	() -

- ※診療情報提供書について
- 当日患者さまが持っていきます
 - FAXで送ります (正本は後で郵送します)

※ 保険証等のコピーを送付してください。
 無い場合は、以下の項目をご記入ください。

保険者番号		
被保険者証	記号番号	
	被保険者氏名	
資格取得日		平成 年 月 日
交付年月日		平成 年 月 日
有効期限日		平成 年 月 日
事業所名称	所在地	
	名称	
負担割合		割

公費負担番号	
公費負担医療の受給者番号	
負担割合	割
負担金	円
資格取得日	平成 年 月 日
有効期限日	平成 年 月 日
公費負担番号	
公費負担医療の受給者番号	
負担割合	割
負担金	円
資格取得日	平成 年 月 日