紹介患者保険情報ＦＡＸ送信表

細木病院　入退院サポート室行き　ＦＡＸ 088-822-7757

紹介先医療機関名
社会医療法人仁生会　細木病院
高知市大膳町３７

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	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		年　月　日
交付年月日		年　月　日
有効期限日		年　月　日
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	年　月　日
有効期限日	年　月　日