

滝川市立病院地域医療室 行き

平成 年 月 日

紹介患者様保険情報等連絡票 FAX用紙 FAX番号 0125-22-3273

滝川市立病院診療券番号 _____ (診療券カードをお持ちのかたの場合)

フリガナ		性別	生 年 月 日
患者氏名		男・女	M・T S・H 年 月 日
	〒 _____		TEL () _____

保 険 情 報

(被保険者証)

保険者番号	_____
記号	番号
資格取得年月日	昭和・平成 年 月 日
有効期限	平成 年 月 日 まで
被保険者氏名	続柄
一部負担金の割合	割

(公費負担医療受給者証)

負担者番号①	_____
受給者番号	_____
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
負担者番号②	_____
受給者番号	_____
一部負担金の割合	年 月 日 ~ 年 月 日

備 考

紹介元医療機関の所在地・名称 (担当医名及び電話・FAX番号の記入をお願いします)

所在地

名称

担当医名

電話番号 () _____

FAX番号 () _____

※1 診療情報提供書(様式1)とともに太枠の中のみ記入の上送信願います。

※2 保険証等の写しを送信していただける場合にはこの用紙は不要です。

※3 この用紙単独で送信して下さる場合はすべて記入のうえ送信願います。