

(FAX専用)

診療申込書

番号 047-309-4180

新松戸中央総合病院 医療連携室 行

【 紹介先医療機関名 】

新松戸中央総合病院

下記の項目に○をつけて下さい。

診療・検査・その他()

来院予定日 月 日

診療科 科

新松戸中央総合病院受診歴 (有/無)

【 紹介元医療機関名 】

医療機関名

住所

医師氏名

電話番号

FAX番号

受診者様氏名	フリガナ	男 ・ 女	生年月日	(歳)
			明・大・昭・平	年 月 日

現住所	〒	□□□□-□□□□	電話(自宅・呼出)	()
		都道 府県	区 市郡	

被保険者の保	氏名			
	勤務先名称	勤務先所在地	電話	()

保 険	保 険 者 番 号				記 号	番 号	資 格 取 得 日	有 効 期 限	続 柄 ・ 負 担 割 合
	□	□	□	□	□	□	・	・	本人・家族 割

諸 法	公費負担者番号	受給者番号	摘 要	有 効 期 限
				・ ・ ~ ・ ・
				・ ・ ~ ・ ・