

(FAX専用)

診療申込書

番号 047-309-4180

記入例

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 (CT)

来院予定日 月 日

診療科 放射線科

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 ○○○クリニック

住所 松戸市○○○123

医師氏名 ○○ ○○

電話番号 ○○○-○○○-○○○○

FAX番号 ○○○-○○○-○○○○

受診者様氏名	フリガナ	マツド タロウ	男・女	生年月日	(50 歳)
		松戸 太郎			明・大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭・平 30年 2月 15日

現住所	〒	270-0034	電話(自宅・呼出)	047(123)4567
		千葉県 松戸区 新松戸1-123		
被保険者の保	氏名	本人		
	勤務先名称		勤務先所在地	電話 ()

保	保険者番号						記号	番号	資格取得日	有効期限	続柄・負担割合
	1	2	0	0	7	1					
険							松	1234-0	H 8・4・1	・	本人・家族 1割

諸法	公費負担者番号						受給者番号						摘要	有効期限					
	27120070						0123456							H 8・4・1 ~					
														・					
														・					