

紹介患者予約申込書(FAX用)

平成 年 月 日

岡山大福クリニック

岡山市南区大福393-1

FAX:086-281-7575

TEL:086-281-2020

_____科

_____先生

紹介先医療機関の所在地・名称

TEL
FAX
医師氏名

◇患者様情報

〈当院受診歴 あり ・ なし ・ 不明〉

ふりがな	-----	性別	生年月日
氏名		男 ・ 女	T・S・H 年 月 日
住所	〒 _____		
電話	自宅:()	携帯:()	

受診希望日 : 平成 年 月 日 () 午前 ・ 午後 時頃

《被保険者証》

保険者番号	_____
記号 ・ 番号	_____
資格取得月日	_____
有効期限	平成 年 月 日
被保険者氏名	_____ 続柄 本人 ・ 家族

《公費負担医療受給者票》

負担者番号	_____
受給者番号	_____
有効期限	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

《後期高齢者医療被保険者証》

負担者番号	_____
受給者番号	_____
有効期限	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 ・ <input type="checkbox"/> 2割 ・ <input type="checkbox"/> 3割

折り返し、受診案内書(予約票)をFAXいたしますので、患者様にお渡しくделаいますようお願いいたします。