

# 紹介患者予約申込書 (FAX用)

平成 年 月 日

三宅おおふくクリニック

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	□1割 ・ □2割 ・ □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しますようお願いいたします。