

# 紹介患者予約申込書(FAX用)

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 : \_\_\_\_\_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	_____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	_____年 月 日 ~ _____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	_____年 月 日 ~ _____年 月 日
負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 ・ <input type="checkbox"/> 2割 ・ <input type="checkbox"/> 3割

予約日のご案内は、直接ご本人様へご連絡いたします。  
日中連絡のとれる連絡先をご記入ください。