

# MRI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 (代表)

医事課 御中

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	〒 ー		
電話	自宅：（ ） 携帯：（ ）		

検査日時：	平成 年 月 日（ ）	午前・午後	時 分
-------	-------------	-------	-----

### 保険情報

■保険証・保険登録のコピーまたは下記に記入をお願いします。

#### <<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								