

診 察 申 込 書

年 月 日

医療法人 貴医会 貴島中央病院 病診連携室

TEL: 072-994-3612

FAX: 072-991-8976

紹介元貴医療機関名

フリガナ			性別	被保険者氏名	続柄
患者様氏名	(姓)	(名)	男・女		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)				
住 所	〒 - (TEL: - -)				

被 保 険 者	(記号)							(番号)							公 費							
資格取得年月日		年 月 日					資格取得年月日		年 月 日													
有効期限年月日		年 月 日					有効期限年月日		年 月 日													
備 考																						

- ※ 被保険者続柄 本人 ・ 家族
- ※ 高齢受給者証 ・ 後期高齢者医療受給者証 1割 ・ 2割 ・ 3割
- ※ 限度額適用・標準負担減額認定区分 I ・ II
- ※ 標準負担額減額認定証 ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ
- ※ その他保険情報()