

FAX 保 険 情 報

平成 年 月 日

友愛記念病院 地域医療室宛
FAX 0280-97-3340

紹介元医療機関御名

科

医師

診療日 平成 年 月 日 ()
検査日

・友愛記念病院受診歴(有・無)
有の場合(診察券 No.)

公費負担者番号				
公費負担医療番号				
老人一部負担割合	1 割	・	2 割	

保険者番号				
被保険者証の記号番号				
被保険者氏名				本人・家族
保険証の種類	社保 労災	国保 生保	自費	自賠

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	男・女
患者氏名				
住所	〒		電話	職業

FAX 番号 : 0280 - 97 - 3340 FAX 送信後、この用紙を患者さんにお渡しください。

友愛記念病院を受診される患者さんへ

ご 案 内

* ご来院の際は、
『紹介患者様受付』へ
お越しください。待ち時間なしで診察いたします。

* ご持参いただくもの
保険証
公費医療証
紹介状(診療情報提供書)
診察券(当院の診察券をお持ちの場合)
ご不明な点がございましたら、下記にお問い合わせください。

茨城県古河市東牛谷707
友 愛 記 念 病 院
0280-97-3003(地域医療室)
0280-97-3000(病院代表)

