

FAX 保険情報

平成 年 月 日

友愛記念病院 地域医療連携センター宛

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・天・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 (地域連携室)
0280-97-3000 (病院代表)

