

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

紹介元医療機関名

科

医師

・友愛記念病院受診歴（有・無）
有の場合（登録番号）

診療日 平成 年 月 日（ ）
検査日

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	国保	自費	自賠
	労災	生保		

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

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

*ご来院の際は事前にお電話ください

* ご来院の際は、『紹介受付』へお越しください。

* 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(地域医療連携センター)

