

FAX保険情報

年 月 日

友愛記念病院 地域連携室 宛
FAX 0280-97-3340

紹介元医療機関名

科

友愛記念病院受診歴 (有・無)
有の場合 (登録番号)

診療日
検査日 年 月 日 ()

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			
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 ・ 3割						

フリガナ			男・女
患者氏名			
生年月日	大・昭・平・令 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、『初診・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)
 - ◆ お薬手帳 (お薬手帳をお持ちの場合)

※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。

〒306-0232
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)

