

# 紹介患者保険情報 F A X 送信表

細木病院 病診連携室行き F A X 088-822-7757

紹介先医療機関名  
社会医療法人仁生会 細木病院  
高知市大膳町37

年 月 日

紹介元医療機関名

科 \_\_\_\_\_ 先生

医師名 \_\_\_\_\_

TEL: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

FAX: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

受診希望日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 午前・午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

緊急の有無 ( 有 ・ 無 ) \_\_\_\_\_ 予約の有無 ( 有 ・ 無 ) \_\_\_\_\_

|      |           |       |   |
|------|-----------|-------|---|
| フリガナ |           |       |   |
| 名 前  | ( 男 ・ 女 ) |       |   |
| 生年月日 | 年         | 月     | 日 |
| 住 所  |           |       |   |
| 電 話  | ( _____ ) | _____ |   |

※診療情報提供書について

当日患者さまが持っていきます

FAXで送ります ( 正本は後で郵送します )

**※ 保険証等のコピーを送付してください。  
無い場合は、以下の項目をご記入ください。**

|                       |            |       |
|-----------------------|------------|-------|
| 保険者番号                 |            |       |
| 被<br>保<br>険<br>者<br>証 | 記号番号       |       |
|                       | 被保険者<br>氏名 |       |
| 資格取得日                 |            | 年 月 日 |
| 交付年月日                 |            | 年 月 日 |
| 有効期限日                 |            | 年 月 日 |
| 事業所名称                 | 所在地        |       |
|                       | 名称         |       |
| 負担割合                  |            | 割     |

|                  |       |
|------------------|-------|
| 公費負担番号           |       |
| 公費負担医療<br>の受給者番号 |       |
| 負担割合             | 割     |
| 負担金              | 円     |
| 資格取得日            | 年 月 日 |
| 有効期限日            | 年 月 日 |