

平成 年 月 日

紹介先 東京都済生会中央病院

紹介患者事前受付用 (FAX用紙)

予約日時 平成 年 月 日 午前・午後 時 分

(済生会中央病院 ID)

フリガナ

氏名 _____ 男・女

生年月日 _____

T・S・H _____ 年 月 日 才

ご依頼元医療機関名 _____

診療科名・ご担当医師名 _____ 先生

ご連絡先電話番号 _____ - _____

住 所			
T E L	当院受診歴 有・無 (有の場合診察券患者No. _____)		
勤 務 先	名称		T E L
	住所		

被保険者証	記 号	
	番 号	
	保 険 者 番 号	
	被 保 険 者 氏 名	
	続 柄	本 人 ・ 家 族
	資 格 取 得 日	年 月 日
	有 効 期 限	年 月 日
	事 業 所 名 称	

後期高齢者 / 公費負担番号		高齢受給者証 (70歳以上) 1・2・3割
後期高齢者 / 公費負担医療受給者番号		1・3割
資 格 取 得 日	年 月 日	
有 効 期 限	年 月 日	
公費対象疾患		