

紹介患者事前診療申込書 (FAX用紙)

FAX 03-5232-0260

年 月 日

東京都済生会中央病院

所在地：〒

科

先生

医療機関名：

医師氏名：

受診予定日 年 月 日()

TEL：

検査名

FAX：

検査日 年 月 日() 時 分

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
患者氏名		年 齢	才	男	・	女
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				TEL	
	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／公費負担者番号										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
資格取得月日	年	月	日	有 効 期 限	年	月	日			
公費対象疾患										

〈夜間・休日の救急外来診療は除く〉

* ご予約の中止・変更をご希望の方は、下記までご連絡ください。

東京都済生会中央病院 患者支援センター (地域連携室)

TEL 03-3451-8211