

(公財) 唐澤記念会 大阪脳神経外科病院 地域医療連携室 行

診療予約申込書

貴医療機関名

.....

住 所

.....

貴 医 師 名

.....

電 話

F A X

.....

(受診希望日) 第1希望 平成 年 月 日 (曜日)

(受診希望日) 第2希望 平成 年 月 日 (曜日)

(希望医師名)

※ 受診希望医師をご指定の場合、ご希望の日に添えないことがあります。

(紹介目的)

【患者様情報】 ※保険証情報は保険証写しを送信いただいても結構です。

| | | | | | | |
|--------------|---------------|--|-----|----------|--------|-----|
| (フリガナ) | | | | 性別 | 男 ・ 女 | |
| 患者様氏名 | | | | | | |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 | | 年 | 月 | 日 (歳) | |
| ご住所 | | | | 自宅 電話 | - - | |
| | | | | 携帯 電話 | - - | |
| 保険証情報 | | | | | | |
| 保険者番号 | | | | | 記号番号 | |
| 被保険者名 | | | | 資格取得日 | 年 | 月 日 |
| 本人・家族 | 本人 ・ 家族 | | | 有効期限 | 年 | 月 日 |
| 公費負担者番号 | | | | | 受給者番号 | |
| 有効期間 | 年 月 | | 日から | 年 月 | | 日まで |
| 負担割合 | 割 | | | | | |
| 公費負担者番号 | | | | | 受給者番号 | |
| 有効期間 | 年 月 | | 日から | 年 月 | | 日まで |
| 負担割合 | 割 | | | | | |