

患者基本情報 送信票

※不明な箇所は空欄で結構です。

平成 年 月 日

紹介元	医療機関名		
	連絡先	TEL (- -)	FAX (- -)

患者基本情報

患者氏名 (フリガナ)		性別	生年月日		
		男・女	明治・大正 昭和・平成	年 月 日	
郵便番号	—	電話番号	—		
住所					
被保険者証	保険者番号		保険者名(事業所名)		
	記号				
	番号				
	資格取得日	昭和・平成	年 月 日	負担割合	割
	有効期限	平成	年 月 日	保険の本人・被扶養者の別	
	被保険者氏名				本人・被扶養者
公費負担・福祉医療	負担者番号		公費負担		有・無
	受給者番号		入院適用		有・無
	資格取得日	平成	年 月 日		
	適用期限	平成	年 月 日		

当院使用欄

月 日

MR・CT・MDCT・他()