

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 | | 年 月 日 | | | | |
| 郵便番号 | | | | 電話番号 | | 昭和・平成 | | - | | - | | |
| 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()