医療法人社団 昂会　湖東記念病院　地域連携室　宛　　（ FAX：0749-45-3335 ）

患者基本情報 送信票

※不明な箇所は空欄で結構です。

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 男・女	生年月日 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	年　月　日								負担割合　割
	有効期限	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	年　月　日								
	適用期限	年　月　日								

当院使用欄

月　日

MR・CT・MDCT・他（　　）

医療法人社団 昂会　湖東記念病院　地域連携室
〒527-0134　滋賀県東近江市平松町2番地1
TEL 0749-45-4512(直)　FAX 0749-45-3335(直)