

(FAX専用)

診療申込書

番号 047-309-4180

新松戸中央総合病院 医療連携室 行

【 紹介先医療機関名 】

新松戸中央総合病院

下記の項目に○をつけて下さい。

診療・検査・その他 ()

来院予定日 ____ 月 ____ 日

診療科 _____ 科

新松戸中央総合病院受診歴 (有/無)

【 紹介元医療機関名 】

医療機関名 _____

住 所 _____

医師氏名 _____

電話番号 _____

FAX番号 _____

受診者様氏名	フリガナ	男 ・ 女	生年月日	(歳)
			明・大・昭・平	年 月 日
現住所	〒	□□□□-□□□□	電話(自宅・呼出)	()
		都道府県	区市郡	

— 保 険 情 報 —

■被保険者証(1割 ・ 3割)

被保険者氏名	
保険者番号	□□□□□□□□
記号・番号	・
資格取得日	・
有効期限	・
被保険者との続柄	本人 ・ 家族

■70歳～74歳(高齢受給者証)

資格取得日	・
有効期限	・
一部負担金の割合	1割 ・ 3割

※70歳～74歳の高齢受給者証をお持ちの方は、必ず一部負担金割合を○で囲って下さい。

■75歳以上(後期高齢者医療被保険者証)

保険者番号	3 9	□□□□□□□□
被保険者番号	□□□□□□□□	
資格取得日	・	・
有効期限	・	・
一部負担金の割合	1割	・ 3割

■公費負担医療受給者証

公費負担者番号	□□□□□□□□
受給者番号	□□□□□□□□
有効期限	~

(FAX専用)

診療申込書

番号 047-309-4180

新松戸中央総合病院 医療連携室 行

【紹介先医療機関名】

新松戸中央総合病院

検査に○をつけた場合は、MRI・CT等ご記入ください。

【紹介元医療機関名】

松戸クリニック

下記の項目に○をつけて下さい

診療・検査・その他 ()

来院予定日 月 日

診療科

新松戸中央総合病院受診歴 (有/無)

住所

松戸市松戸123

医師氏名

松戸 太郎

電話番号

047-123-1234

診察を希望される診療科をご記入ください。CT・MRIは放射線科とご記入ください。

047-321-4321

受診者様氏名	フリガナ	マツド ハナコ	男	生年月日	(50 歳)
	松戸 花子			女	明・大・昭・平 5 5 年 4 月 1 日
現住所	〒	2 7 0 - 0 0 3 4	千葉県	松戸区	新松戸1-123
	電話(自宅・呼出) ()				

— 保険情報 —

■被保険者証 (1割・3割)

被保険者氏名	松戸 一郎
保険者番号	1 2 0 0 7 1
記号・番号	松 ・ 1234-0
資格取得日	H 8 ・ 4 ・ 1
有効期限	・
被保険者との続柄	本人 ・ 家族

■75歳以上(後期高齢者医療被保険者証)

保険者番号	3 9
被保険者番号	
資格取得日	・
有効期限	・
一部負担金の割合	1割 ・ 3割

■70歳～74歳(高齢受給者証)

資格取得日	・
有効期限	・
一部負担金の割合	1割 ・ 3割

※70歳～74歳の高齢受給者証をお持ちの方は、必ず一部負担金割合を○で囲って下さい。

■公費負担医療受給者証

公費負担者番号	
受給者番号	
有効期限	～

■FAXによる「診療申込書」は、事前にカルテを作成し、患者様の待ち時間を少しでも短縮することを目的としています。つきましては、予約ではありませんのでご了承下さい。(初診予約は行っておりません。)なお、CT・MRI等の検査依頼につきましては、予約をお取りするうえで「診療申込書」が必要となりますので、予約センターにて約が取れましたら、速やかにFAXにて送信してください。