（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

下記の項目に〇をつけて下さい。

診療・検査・その他 （ ）

来院予定日 ＿＿ 月 ＿＿ 日

診療科 放射線科 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	〒 □□□－□□□□ 都道府県 区市郡		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	
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〇で囲って下さい。

■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	～