

# 患者保険情報連絡票

年 月 日

昭和大学藤が丘病院

科

先生

紹介元医療機関の所在地・名称

電話

FAX

医師名

フリガナ	生年月日
患者氏名	明治・大正・昭和・平成・令和
男・女	年 月 日生まれ ( 歳)
住所 〒	電話番号 ( )
主訴および傷病名	
紹介目的に○を付けて下さい 精査・加療・入院・転院・手術・その他	

受診日 年 月 日 ( ) 午前・午後

昭和大学藤が丘病院受診歴 無・有 科 年頃 旧姓 ( )

保険情報 (保険情報は、保険証のコピーでも可) 尚、受付当日には、必ず保険証が必要です

FAX予約希望  TELにて連絡済み  患者様より直接予約連絡

<備考>

## ■被保険者証

保険者番号	
記号	番号
資格取得日	
有効期限	~
被保険者名	

<諸法関係>

労災(公災)

保護医療(福祉事務所担当者名 )

交通事故・その他 ( )

※交通事故での保険会社請求は取り扱っておりません。

## ■公費負担医療受給者証

負担者番号	
受給者番号	
有効期限	~

## ■老人医療受給者証

負担者番号	
受給者番号	
有効期限	~

1割

3割