

患者保険情報連絡票

年 月 日

昭和大学藤が丘病院

科

医師

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	
負担割合	1割 2割 3割

■公費負担医療受給者証

負担者番号	
受給者番号	
有効期限	～
負担者番号	
受給者番号	
有効期限	～

<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。

昭和大学藤が丘病院 〒227-8501 神奈川県横浜市青葉区藤が丘1丁目30番地
地域医療連携室 電話 045-974-6701 FAX 045-974-4325