

外来診療申込書 (FAX 用)

医療法人武蔵野会 新座志木中央総合病院

科 先生

来院日：平成 年 月 日 午前・午後

紹介元医療機関

所在地：

名称：

電話：

医師名：

フリガナ		性別	生年月日	年齢															
患者氏名		男 女	明・大・昭・平 年 月 日	歳															
住所	〒																		
電話番号	()																		
携帯番号	() 患者との続柄 ()																		
保 険	保険者番号									公 費 ①	負担者番号								
	記号・番号	・									受給者番号								
	有効期間	自	年	月	日	至	年	月	日		有効期間	自	年	月	日	自	年	月	日
	被保険者との続柄	本人・家族									負担割合・負担金	割							
高齢者受給者証負担割合		割								公 費 ②	負担者番号								
後 期 高 齢 者	保険者番号	3	9								受給者番号								
	被保険者番号										有効期間	自	年	月	日	自	年	月	日
	有効期間	自	年	月	日	自	年	月	日		負担割合・負担金	割							
	負担割合	割																	

患者様へ

- ※ ご紹介いただいた先生から、この用紙で診療申込を行っておりますので、ご来院の際は、紹介状（画像・データ含む）・保険証・医療券等と一緒にこの用紙を1階紹介受付にご提出下さい。
- ※ 受付時間は午前7：00～12：30、午後12：30～17：00で行っております。受付終了30分前までにはお越し下さい。
- ※ 診療の都合によっては、お待たせすることがございますので、予めご了承下さい。

〈問合せ先〉 新座志木中央総合病院 地域医療連携室

〒352-0001 埼玉県新座市東北1-7-2

TEL 048-474-7211 (代表)

FAX 048-486-6016 (地域医療連携室直通)