

MRI紹介患者予約申込書 (FAX用)

年 月 日

医療法人緑風会
三宅おおふくクリニック
岡山市南区大福 393-1
FAX:086-281-7575
TEL:086-281-2020(代表)

医事課 御中

紹介先医療機関の所在地・名称

TEL
FAX
医師氏名

◇患者様情報

< 当院受診歴 あり ・ なし ・ 不明 >

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	T・S・H 年 月 日
住所	〒 -		
電話	自宅:()		携帯:()

検査日時	年 月 日 ()	午前・午後	時 分
------	-----------	-------	-----

保険情報 ■ 保険証・保険登録のコピーまたは下記に記入をお願いします。

《被保険者証》

保険者番号							
記号・番号							
資格取得月日							
有効期限	年	月	日				
被保険者氏名		続柄	本人・家族				

《公費負担医療受給者票》

負担者番号							
受給者番号							
有効期限	年	月	日	～	年	月	日

《後期高齢者医療被保険者証》

負担者番号							
受給者番号							
有効期限	年	月	日	～	年	月	日
負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 ・ <input type="checkbox"/> 2割 ・ <input type="checkbox"/> 3割						