

香里病院 患者保険情報連絡票

FAX送信用 ①

年 月 日

関西医科大学香里病院

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 (歳)
住所 〒	電話番号

主訴および傷病名

紹介目的：精査 加療 入院 転院 手術 入院中（入院加療中の方のみ） CKD
その他（ ）

アレルギー
薬物過敏（ ） 食物過敏（ ）

以下の項目を記入の際は、この用紙①を切り離して下さい。

受診希望日 年 月 日()

関西医科大学病院受診歴 (有・無)

<備考>

保険情報 (保険情報は、保険証のコピーでも可)

■被保険者証		■第1公費負担医療受給者票	
保険者番号		負担者番号	
記号	番号	受給者番号	
資格取得日		有効期間	~
有効期間	~	■第2公費負担医療受給者票	
被保険者との続柄		負担者番号	
		受給者番号	
		有効期間	~

<諸法関係>
 労災(公災)、保護医療(福祉事務所名))
 交通事故・その他()

※交通事故での保険会社請求は取扱っておりません (詳細は担当者にご相談ください)

[お問い合わせ]
 関西医科大学香里病院 地域医療連携部 〒572-8551 寝屋川市香里本通町8番45号
 《受付》 平日 午前9時~午後8時 土曜日 午前9時~午後12時30分
 《休診日》 日曜、祝日、第2・4土曜日、年末年始(12月29日~1月3日)

■ご不明な点がございましたら、地域医療連携部までお問い合わせ下さい。

電話 072-832-9977 FAX 072-832-9988