

患者さまの保険情報送信票

発信

送信先

済生会今治病院 総合医療支援室
TEL (0898) 47 - 2571

フリガナ 患者氏名		性別 男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	
住所	市 町 丁目 番 号	
電話番号	() -	
受診科	科 受診希望医師 (医師)	
受診希望日時	<input type="checkbox"/> 今からすぐ <input type="checkbox"/> 年 月 日 時頃	
	<input type="checkbox"/> 日時を指定して下さい <input type="checkbox"/> ご本人に連絡して決めて下さい	

被保険者氏名		保険者番号	
記号・番号	.		本人・家族
事業所又は保険者名		負担割合	(割)
重心、母子等記号番号	.		

※保険情報は保険証・カルテのコピーでも結構です

備考 (差し支えなければ、簡単な症状や連絡事項をご記入ください)

※FAX 番号は 0898-47-2826