

※ 該当項目に○をしてください。救急受診は、先に電話をしてください。

紹介先 公立森町病院
連携事務係 宛

紹介元

平日 電話番号 0538 -85- 2231
(8:15~17:00) FAX 番号 0538 -85- 2705夜間・休日 電話番号 0538 -85- 2181
(17:00~) FAX 番号 0538 -85- 6023

医療機関名	
所在地	
医師名	
電話番号	
FAX 番号	

受診希望 診療科	科	医師	受診 希望日	月	日 ()曜日
フリガナ 氏名			(男・女)	T・S・H・R 年 月 日生 ()才	
住所			電話番号		
連絡 事項					

保険区分	国・社(組・政管)・継続療養・労災・公災・療養費払い・その他()									
保険番号								記号番号		
本人・家族の区分	本人・家族		資格取得年月日		年 月 日					
公費区分	老人保健・結核予防・精神保健・特定疾患・精神福祉・その他()									
公費番号								受給者番号		
公費資格	取得年月日		年 月 日		有効期限		年 月 日			
備考										

【 保険情報 】 ※ 保険証のコピーでも構いません。