

予約申込書（医療機関用）

総合病院 聖隷浜松病院 地域医療連絡室

TEL 0120-107-352

FAX 0120-107-362

フリガナ											性別	
患者氏名											男・女	
生年月日	(昭和・平成・令和) 年 月 日											
住所	〒											
TEL	() -											
保険	保険者番号								区分	(本人・家族)		
	記号					番号						
老人医療 乳幼児医療 等	市町村番号										老人負担割合 (1割・2割)	
	受給者番号											
	有効期限	年 月 日 まで										
相談者	本人・家族(続柄)											
希望日	月 日 / 月 日 / 月 日											
紹介医療 機関名	TEL () -											

○ 各医療機関で記入して下さい。記入後、地域医療連絡室へFAXして下さい。