年　　月　　日

# 診 察 申 込 依 頼 書

大阪府済生会 野江病院
地域医療連携課　御中

TEL　06-6932-0701(直通)
FAX　06-6932-7002(専用)

| | | | |
|---|---|---|---|
| 受 診 科 | 科 | ご希望医師名 | |
| 紹介元医療機関名 | | 紹介元医師名 | |
| TEL | | FAX | |
| 〔受診目的〕 | | | |
| 〔既往歴〕 | | | |

〔受診希望年月日〕　　年　　月　　日

# 診 察 申 込 書

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | | | 性別 | 被保険者 | 続 柄 |
| 氏　名 | [姓] | [名] | 男・女 | | 本人・家族 |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令　　年　　月　　日生　〔　　才〕 | | | | |
| 住　所 | (〒　　－　　)<br>TEL　　〔　　〕 | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 保険者 | | | | | | | | | 公費 | | | | | | | |
| | [記号] | | | | [番号] | | | | | | | | | | | |
| 資格取得年月日 | 年　月　日 | | | | | | | | 年　月　日 | | | | | | | |
| 有 効 期 限 | 年　月　日 | | | | | | | | 年　月　日 | | | | | | | |

医療受給者証一部負担金割合　※【1割　2割　3割　助成】
高齢受給者証一部負担金割合　※【1割　2割　3割　助成】

※健康保険証、医療証があればFAXして下さい。上記欄の記載は結構です。