

大場内科病院

先生御侍史

年 月 日

転院申込書

紹介元医療機関 住所 TEL・FAX 医師名	
---------------------------------	--

※患者様氏名・保険証番号等

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (男・女)
患者氏名			
住所	〒 -		
電話番号	自宅	当院受診歴	(有・無)
	携帯		ID
保険者番号		公費負担者番号	
記号・番号		公費負担 受給者番号	
限度額証 区分	年 月 日～ 年 月 日	負担割合	0割・1割・2割・3割

お問い合わせ先	TEL 06-6463-1088 (受付) FAX 06-6464-5051 (24時間受付。但し、 <u>時間外・休日受信分は翌日対応</u>)
受付時間	月曜日・金曜日 9:30～18:30 土曜日 9:30～12:30 その他の曜日 9:30～17:00 ※12:30～13:30及び時間外のお問い合わせは諸所が対応します。