

# 受診・保険情報連絡票

江東ファミリアクリニック  
地域医療連携室 行

FAX番号 03-6659-4916

受診予定日 月 日 (午前・午後)

貴医療機関名

住所

医師氏名

Tel番号 ( )

当診療所に指定医がいる場合ご記入ください。

科

先生

フリガナ 患者氏名 様 男・女 M・T・S・H 年 月 日生 ( 歳)

住所

患者連絡先Tel番号 ( )

保険情報記入欄 保険証・公費負担受給者証原本のコピーを送信していただく場合ご記入は不要です。

■ 被保険者証(本人・家族)(0割・1割・2割・3割)

保険者番号							
記号・番号							
資格取得日		年		月		日	
有効期間							

■ 第一公費負担医療受給者証

負担者番号							
受給者担当者							
有効期間							

■ 後期高齢者医療被保険者証

保険者番号							
被保険者番号							
有効期間							
負担割合							

■ 第二公費負担医療受給者証

負担者番号							
受給者担当者							
有効期間							

※お問い合わせ先 地域医療連携室 電話 03-6659-4916