

## ファクシミリ検査・診療申込書

紹介先医療機関名  
社会医療法人 美杉会 みのやま病院

所在地

医療機関

電話

F A X

医師名

印

科 先生

社会医療法人美杉会 みのやま病院 受診歴 有り 無し

フリガナ		性別	生年月日(明・大・昭・平)
患者氏名		男・女	年 月 日生( 才)
住所	〒		
電話番号	( ) - ( ) - ( )		

主訴および傷病名

紹介目的(検査・加療・入院・転医・リハビリ・その他)

受診希望 平成 年 月 日( )

## ■被保険者証

保険者番号	
記号	番号
資格取得日	
有効期間	~
被保険者との続柄	

## ■第1公費負担医療受給者票

負担者番号	
受給者番号	
有効期間	~

## ■第2公費負担医療受給者票

負担者番号	
受給者番号	
有効期間	~

## ●ご案内●

社会医療法人美杉会みのやま病院を受診される患者さまへ

☆ご来院の際は、1階受付カウンター迄お越してください。

☆1階受付カウンターに『診療予約書』、『紹介状』、『保険証』を添えてお申し付けください。

☆指定された医師が不在の場合は、他の医師が診察させていただく場合がございます。

《 問い合わせ・連絡先 》

社会医療法人 美杉会 みのやま病院 地域医療連携室

〒614-8294 八幡市欽明台北4-2 TEL:(075)983-1201 FAX:(075)874-5300 (病院代表)

地域医療連携受付時間	初診受付時間	休診日
平日 9:00 ~ 16:30	月曜日~土曜日 8:00~12:00	日曜日、祝日、
土曜日 9:00 ~ 12:00		年末年始(12月31日~1月3日)