

# 診療申込書

送付先

紹介元

高木病院 医事課

FAX 0428-32-6200

電話

受診日 令和 年 月 日

フリガナ	
氏名	
性別	男 ・ 女
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
住所	〒
電話番号	

※お名前の漢字は略字ではなく、正しい表記でお願い致します。

※住所の記載がある保険証を FAX される際は住所の記入は省略して  
いただいても構いません。

保険情報 ※保険証・各受給者証を FAX していただいても構いません。

保険者番号	
記号	
番号	
資格取得日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日
有効期限	平成 ・ 令和 年 月 日
被保険者名	
被保険者との続柄	本人 ・ 家族
高齢者負担割合	割
公費負担者番号	
公費受給者番号	
公費負担者番号	
公費受給者番号	