

紹介患者様事前受付票

FAX (075) 441-4913

京都鞍馬口医療センター 地域医療連携室行

受診希望日① 年 月 日 () 午前・午後

受診希望日② 年 月 日 () 午前・午後

受診希望日③ 年 月 日 () 午前・午後

科 _____ 先生 _____ 病名又は検査項目 _____

患者様個人情報

フリガナ		性別	生年月日
氏名	様	男・女	M.T.S.H. 年 月 日生
〒 _____	TEL () _____		住所

◎すでに名称変更前の社会保険京都病院での受診歴のある方で、当院の診察カードをお持ちの方は ID 番号を記入して下さい。

			—				—	
--	--	--	---	--	--	--	---	--

患者様保険《被保険証》

保 険 者 番 号								
記 号	番 号							
資 格 取 得 月 日			年		月		日	
有 効 期 限			年		月		日	
被 保 険 者 氏 名						続 柄		
一 部 負 担 金 の 割 合	割							

《公費負担医療受給者証》

該当する項目に○を付けてください。

負担者番号									前期高齢者	後期高齢者
受給者番号								/	医療受給者	医療受給者
有効期限	年 月 日								1割・3割	1割・3割

通信欄 〈紹介内容等、簡単にご記入ください〉《ご紹介状は当日ご持参お願いします》

(紹介元医療機関の所在地・名称・TEL・FAX・担当医名は必ずお書き下さい。)

--