

受診申込書

記入日 年 月 日

FAX 送信先： 053-411-0315

紹介先病院機関名

浜松労災病院 (地域医療連携室)

医療機関名

科 先生

所在地

TEL

FAX

紹介医師名

受診予定日 年 月 日

時 分

検査依頼 有 (CT・MRI) ・ 無

浜松労災病院受診歴の有無 (有・無・不明)

お問い合わせ先

◇ 浜松労災病院 (地域医療連携室)
◇ 月～金曜日 8:15～18:00

TEL 053-411-0366

〒430-8525 浜松市中央区将監町25

被保険者証記号・番号								公費負担番号								
保険者番号								公費負担医療の受給番号								
被保険者との続柄	本人・家族		負担額		割		該当する場合は記入してください									
フリガナ								男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日生 歳							
氏名									職業							
住所	〒 ()															

<医療機関ご担当者様へ>

☆本紙ご記入のうえ、受診予定日前日までにFAXしてください。(保険証写を添付される場合は保険証の記号番号等省略可)

<受診される方へ>

☆受診時には、本紙・保険証・紹介状等をご持参いただき、紹介患者専用受付へお越しください。

☆初診受付時間 月曜日～金曜日 8:15～11:00

☆休診日について 土・日・祝日・年末年始(12/29～1/3)

☆CT・MRIの検査結果につきましては、後日、フィルム又はCD-ROMと合わせて郵送させていただきますのでご了承ください。