

保険情報連絡票

患者さんの保険情報をご記入ください。

1 健康保険証情報

保険証記号・番号			
保険者番号			
被保険者との続柄	本人・家族	負担	割

生活保護の方

公費負担者番号				
受給者番号				

フリガナ				性別	生年月日				
氏名				男・女	明・大 昭・平	年	月	日生	歳
住所	〒				電話	()			

2 限度額認定証情報

70歳未満の方⇒

限度額証区分	
--------	--

70歳以上の方⇒

限度額証区分	
--------	--

3 難病情報

疾患名	限度額	浜松労災病院の指定
	円	あり・なし

4 その他の公費の情報

・	
・	
・	
・	

〈医療機関ご担当者さまへ〉

☆ポストアキュート入院前日までに入院相談申込書といっしょに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)

〈患者さんへ〉

☆入院時に入院受付⑩番にて保険証の原本を確認させていただきますので、ご提示をお願いします。また、公費を受給されている方は受給者証もあわせてご提示をお願いします。