

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

所在地

科 先生

T E L

F A X

受診予定日 年 月 日

紹介医師名

予約時間 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)

053-411-0366

◇ 月～金曜日 8:15～18:00

〒430-8525 浜松市東区将監町 25

被保険者証記号・番号		公費負担者番号									
保険者番号		公費負担医療の受給者番号									
被保険者との続柄		本人・家族	負担割	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。