

紹介予約申込書（FAX専用）0897-47-4761

医師氏名

※診療情報提供書の添付もお願いします。

《保険者番号》			被保険者との続柄	本人 ・ 家族
記号・番号		枝番 ()	負担割合	1 ・ 2 ・ 3 割
公費負担者番号			受給者番号	
公費負担者番号			受給者番号	
交通事故 ・ 労災 ・ 生活保護 ・ その他()				

※FAXを利用される時には番号のお間違いの無いようくれぐれもご注意ください