

国立病院機構いわき病院地域医療連携診療予約申込書

申し込み先: 〒971-8126 いわき市小名浜野田字八合 88 番地 1

独立行政法人国立病院機構いわき病院 地域医療連携室

電話: 0246-88-7279(連携室)、Fax: 0246-88-8434(連携室)

*** 必ず診療情報提供書を添付してください**

紹介元医療機関名

所在地

電話および Fax 番号

受診希望診療科に チェック	☐ 脳神経内科		
	☐ 内科（専門は循環器内科）		
受診希望日※	年 月 日（ ）	都合が悪い日などあればご記入ください	
	※希望に添えない場合もございますのでご了承ください。		
(フリガナ) 患者様氏名	() 性別: 男 女		
生年月日	T S H R 年 月 日生 (才)		
電話(Fax)番号			
現住所	〒		
現在紹介元医療機関に	☐ 入院中 ☐ 外来通院中		
当院受診歴	☐ 無し ☐ 有り 当院 ID 番号 _____ (不明の場合は受診時期 年 月 日ごろ)		
保険証番号		後期高齢者医療被保険者証	
記号・番号		保険者番号	
被保険者名		被保険者番号	
被保険者との続柄		* 負担金割合	
取得年月日		☐ 1割 ☐ 2割 ☐ 3割	

(公費負担医療を受給されている場合は来院時に受給者証を持参し、受付で提示してください。)