

予約申込書

平成 年 月 日

FAX用③

府中病院

科

先生

紹介元医療機関の所在地・名称

電話

FAX

医師名

印

フリガナ	生 年 月 日
患者氏名	明治・大正・昭和・平成
男・女	年 月 日生まれ(歳)
住所 〒	
電話番号	

府中病院受診歴(有・無)	有の場合 昭・平 年 月 頃
--------------	----------------

保険情報(保険情報は、保険証のコピーでも可)

■被保険者証

保 険 者 番 号	
記 号	番 号
資 格 取 得 日	
有 効 期 間	~
被保険者との続柄	

〈諸法関係〉

労災(公災)、医療保護(福祉事務所名)

交通事故・その他()

■老人医療受給者票

負担者番号	
受給者番号	
有 効 期 間	~
負 担 割 合	割

■その他の公費医療受給者票

負担者番号	
受給者番号	
有 効 期 間	~

コメント、受診目的等ご記入ください

府中病院地域医療連携室/予約受付時間

＜受付＞ ※日曜・祝祭日は除く
月～金 AM9:00～20:00
土曜日 AM9:00～17:00

＜電話・FAX＞
TEL 0725-40-2147
FAX 0725-40-2148

〒594-0076 和泉市肥子町1丁目10-17