

予約検査申込書

本申込書を送信する前に、必ずお電話にてご予約をお取りください。
なお申込書の送信がない場合、お電話にて保険情報等を確認させていただくことがあります。

行徳総合病院 地域医療連携室行
Fax: 047-398-8058

貴院名:

Tel: _____

Fax: _____

下記のいずれか一つにチェックをいれてください。

検査内容: 単純CT / 造影CT / MRI / US / その他

予約日: _____年 _____月 _____日

患者様情報:

フリガナ		生年月日	大 / 昭 / 平
氏名			年 月 日
住所	〒 _____		
Tel			

保険・自賠・労災のうち、いずれか一つにチェックを入れて詳細を記入してください。

健康保険

保険証	本人・家族	本人 / 家族	有効期限	平成 年 月 日
	保険者番号		資格取得年月日	昭 / 平 年 月 日
	記号		番号	
公費番号	負担者番号		受給者番号	
	適用年月日		負担割合	割

自賠責

自賠責	保険会社名		電話番号	
	担当者名			

労災