

口腔外科診察予約申込書（芳賀赤十字病院）

FAX 0285-80-5150

保険証・各医療券等のコピーとともにFAXをお願いします。

保険証等のコピーがない場合には、下記の保険情報欄にご記入をお願いします。

受診当日、紹介状・画像などの資料、お薬手帳、保険証をご持参いただきますようお願いいたします。

医療機関名

所在地

医師氏名

電話番号

FAX番号

・希望日時：令和 年 月 日（ ） 午前 ・ 午後

・受診目的：診察 ・ 抜歯（後日） ・ その他

【 部位・症状など 】

保険情報欄（保険証等のコピーがない場合）

保険者番号	
記号・番号	・
有効日	年 月 日
被保険者との続柄	本人 ・ 家族

（後期高齢者医療被保険者証）

市町村番号							
受給者番号							

（公費） 特定・結核・その他（ ）

公費負担番号							
受給者番号							
取得日	年	月	日				
有効日	年	月	日				

ふりがな		男・女
氏名		
生年月日	T・S H・R 年 月 日	
住所		
電話番号	()	
職業		

ふりがな	
世帯主名	
受診者との続柄	
連絡先名	
電話	()