

診察予約申込書（芳賀赤十字病院）

FAX 0285-80-5150

受診当日、紹介状・画像などの資料、お薬手帳、マイナンバーカード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

《受診科》脳神経内科（神内・認知症）

《医師名》

膠原病・内分泌代謝・乳腺外科

心臓血管外科・皮膚科 他（ ）

・ 希望日時：令和 年 月 日（ ） 午前 ・ 午後

・ 受診目的：

保険情報欄（可能であればご記入をお願いします。）

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	()