

# 放射線治療診察予約申込書

- ① まずは電話(0274-63-2111内線3174)にて診察の予約を行ってください。
- ② 続いて、この用紙をご記入後FAX(0274-64-1406)してください。また、診療情報提供書(紹介状)の診察依頼内容のわかる部分についても一緒にFAXしてください。  
※保険情報および依頼内容を事前にFAXしていただきますと、当日の診察等がスムーズに運びます。

申込年月日 令和 年 月 日

予 約 日 令和 年 月 日 時 分

フリガナ		性別	男・女
患者氏名			
生年月日	大・昭・平・令	年	月 日
住 所			
電話番号	( )		

## 保 険 情 報

保険者番号	<input style="width: 100%;" type="text"/>	記号・番号	<input style="width: 100%;" type="text"/>
被保険者氏名	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
被保険者との続柄	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
事業者名	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
<small>(社保の場合)</small>	<small>※老人医療受給者証、福祉医療受給者証をお持ちの方は番号を記入してください。</small>		
公費負担者番号	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
及び受給者番号	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

紹介元医療機関名

電話番号 ( )

**FAX 0274-64-1406**