

# 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 AM9:00~18:00

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

〒594-0076 和泉市肥子町1丁目10-17