

# 国立病院機構高知病院 紹介患者保険者証番号

受診科 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 先生 \_\_\_\_\_ 医療機関名 \_\_\_\_\_

**【受診希望日】**

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) :

(医師名) \_\_\_\_\_

・開放型病床

**被保険者証**

受 診 者	フリガナ			性別					継
	氏名			1 男 2 女					
	生年月日	大正 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 平成 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日		記号・番号					
	住所			有効期限	~令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日				本 家
	電話			被保険者氏名					
	職業		被保険者との続柄	資格取得	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日				
公費負担者番			交付	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
公費負担医療の受給者番号			負担割合	0割    1割    2割    3割					
備考	当院受診歴：有 無 旧姓 ( _____ )								

**診療情報提供書について○をおつけください**

- ▶ 原本は、当日患者さんが持参されます。
- ▶ 原本は、後日郵送いたします。

※事前にFAX送信をお願い致します。

**その他資料について○をおつけください**

- ▶ 当日（CD-ROM、CT、レントゲン、検査データ）等を患者さんが持参されます。
- ▶ 資料のうち（CD-ROM、CT、レントゲン、検査データ）は返却して下さい。

独立行政法人国立病院機構  
高知病院 地域医療連携室(内線2150)  
〈代表電話〉 088-844-3111  
TEL 088-828-4465 (直通)  
FAX 088-828-4461 (直通)  
受付時間 平日 8:30 ~ 17:00

受付時間外のお申込みについては、原則  
翌診療日の対応となります。ご了承ください。