

# 医療法人社団 ころとからの元気プラザ 受診申込書

医療連携室 FAX 03-5210-6677

お申込み年月日： 年 月 日

受診申込書		
フリガナ	男 ・ 女	
お名前	様	
生年月日	西暦・明治・大正・昭和・平成	年 月 日 歳
ご住所	〒 -	
ご連絡先電話番号	ご自宅：	携帯：
ご勤務先名		
ご勤務先住所	〒 -	
ご連絡先電話番号	ご勤務先：	(内線)

保険証情報		
記号		
番号		
保険者番号		
資格取得年月日	年	月 日
交付年月日	年	月 日
有効期限	年	月 日
本人・家族(被扶養者)	本人	・ 家族(被扶養者)
公費負担番号①		
公費負担番号②		
高齢者受給者証 負担割合	3割	・ 1割

- ①診療情報提供書、②受診申込書・保険証情報（本紙）、③個人情報の取得における同意書を印刷、必要事項をご記入の上、**FAX【03-5210-6677】**をお送りください。
- ご予約が確定しましたら、折り返し、確認のご連絡（TELまたはFAX）をいたします。

医療法人社団 ころとからの元気プラザ 医療連携室  
TEL 03-5210-6630 / FAX 03-5210-6677