

矢吹病院 臨時透析申し込み用紙

〒990-0885 山形県山形市嶋北4丁目5-5
 電話：023-682-8566 FAX：023-682-8567

保険者番号	保険証の記号・番号
特定疾病療養受療証	<input type="checkbox"/> 持っている <input type="checkbox"/> 持っていない
重度心身障害者（児）医療証 （山形県内在住の方のみ）	負担者番号：
	医療証番号：

ふりがな 氏名	殿	性別 男・女
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	年齢 歳
自宅住所	〒	TEL
施設名		
施設住所	〒	TEL
透析依頼日	平成 年 月 日	クール
	平成 年 月 日	クール
	平成 年 月 日	クール
備考		
当院 記載欄	受信日： 受信者： _____	
	返信日： 返信者： _____	
	返信先： _____	

FAX 受信後、当院から透析施設へ電話連絡させていただきます。