

令和 年 月 日

## 診療申込依頼書

大阪府済生会茨木病院  
地域医療連携室 行  
TEL 072-622-9399(直通)  
FAX 072-622-8748(直通)  
TEL 072-622-8651(代表)

受診科	科	医師名	先生
紹介元医療機関名		医師名	先生
TEL	( )	FAX	( )
受診希望年月日	年	月	日 ( )
(受診依頼目的)			

フリガナ			性別		
受診者名	(姓)	(名)	男・女		
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日	才
住所	〒				
	TEL ( )				

記号		負担者番号	
番号		受給者番号	
保険者番号		資格取得	
被保険者名		本人・家族	有効期限
資格取得		負担割合	割
有効期限	★保険証のコピーをFAXでお送りいただく場合は、 保険情報の記入は省略していただいて結構です。		

※ この用紙は、診療情報提供書ではございません。  
受診の際は、診療情報提供書(様式不問)をお持ちいただきますようお願い致します。