令和　　　年　　　月　　　日

**患者情報提供連絡票**

1. ふりがな

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　様　　　性　別　　男　・　女

２．生年月日　　　明・大・昭・平・令　　　　年　　　月　　　日（　　　歳）

３．住　　所

４．電話番号（　　　　　）　　　　　－　　　　　　　 担当医師名

**保　険　情　報**

（１）保険証記号番号等　　　（社保・国保・その他　　　　　）

（２）保険者番号

記号　　　　　　　　　　　番号　　　　　　　　　　（本人・家族）

（３）公費負担者番号

　　　公費負担医療の受給者番号

以上、連絡します。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名  《送付先》  市立旭川病院 地域医療連携課  ＦＡＸ　0166-26-0008 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当者名 |  |