診　療　申　込　書

保険証 返却確認

※太線の枠内を記入のうえ、保険証を添えてご提出ください。
※紹介状のある方は、一緒に提出してください。

患者番号								

申込年月日	令和　　年　　月　　日

氏　　名	ﾌﾘｶﾞﾅ	性　別	生 年 月 日
		男 ・ 女	明治・大正・昭和・平成・令和 年　　月　　日　　歳
住　　所	ﾌﾘｶﾞﾅ 〒 □□□－□□□□ 都道府県　　市区町村郡		
連 絡 先	①連絡先（本人） ☎　（　　）　　－　　自宅 ／ 携帯 ②連絡先（本人・その他）【続柄 ＿＿＿＿　氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿】 ☎　（　　）　　－　　自宅 ／ 携帯 ※当センターから連絡する際は、① → ② の順に連絡いたします。		
紹介元 医療機関	名 称		

０１・呼吸器内科	１３・呼吸器外科	１７・消化器外科	１８・緩和ケア内科
０５・循環器内科	０６・腎臓内科	０７・脳神経外科	０３・放射線科
１０・心臓外科	１２・血管外科		

備考		登録	

地方独立行政法人　埼玉県立病院機構
埼玉県立循環器・呼吸器病センター