

# 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：平成 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