

近森リハビリテーション病院
(FAX 088-871-7248)

近森リハビリテーション病院 入院予約患者保険情報

<送信元>

病院名	
担当者	

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男 女	[明・大・昭 平・令] 年 月 日
現住所	〒		
電話番号			

保険情報

※保険証・公費負担受給者証原本のコピーを送信して頂く場合、ご記入は不要です。

被保険者証							
保険者番号							
記号・番号							
被保険者氏名							
本人 / 家族	本人 ・ 家族						
主保険負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割						
資格取得	年	月	日				
有効期限	年	月	日				

公費負担医療受給者証①							
負担者番号							
受給者番号							
認定日	年	月	日				
有効期限	年	月	日				

公費負担医療受給者証②							
負担者番号							
受給者番号							
認定日	年	月	日				
有効期限	年	月	日				

限度額適用認定証	あり ・ なし ・ 申請中
介護保険被保険者証	あり ・ なし ・ 申請中
限度額適用・標準負担額減額認定証	あり ・ なし ・ 申請中
その他	生保 ・ 労災 ・ 交通事故 ・ その他 ()