

独立行政法人国立病院機構 佐賀病院 受診FAX受付票

平成 年 月 日

( 割 )

公 費 負 担 番 号									
公費負担医療の受給者番号									

保 険 者 番 号									
記 号									
被保険者と続柄 ( 本人 ・ 家族 )									

独立行政法人国立病院機構 佐賀病院

科 様

入院希望 ( 有 ・ 無 )

受診予定日 平成 年 月 日 時頃

所在地

医療機関

医師名

TEL

FAX

フリガナ	TEL
患者氏名 男 様 女	住所
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日( 才 )	