

F A X送信票（病院・施設、再来受付専用）

Ver:4.0

送信先

名 称 水俣市立総合医療センター（診療支援課・医事係）

F A X 0 9 6 6 - 6 3 - 8 4 1 9

T E L 0 9 6 6 - 6 3 - 2 1 0 1（内線 154）

送信元

施 設・病 院

名 称

T E L () -

担当者氏名 様

※ 入院中の患者様については必ず○印を付けてください。

○病棟：・一般病棟（DPC算定病棟・出来高病棟） ・包括病棟(特定入院料等)
・介護病棟 ・介護医療院

○入院料の控除の有無（有 ・ 無）

○介護給付調整の有無（有 ・ 無）

※ 全額自費にて貴院請求を希望される場合はその都度文章を提出してください。

（診察券をお持ちの方）

患 者 番 号

（ふりがな）

患 者 氏 名 様

生 年 月 日（明・大・昭・平・令 年 月 日生）

保険種別（別途Fax可）

記号

保険者番号 番号（本人 ・ 家族）

前期・後期高齢者 負担割（・1割 ・2割 ・3割）

保険者番号 被保険者番号

（公費1）保険者番号 受給者番号

（公費2）保険者番号 受給者番号

受診科に○を付けて下さい。

受診日 令和 年 月 日

呼吸器内科	泌尿器科	神経内科
循環器内科	眼科	リハビリ科
小児科	耳鼻咽喉科	麻酔科
外科	消化器内科	歯科口腔外科
整形外科	人工透析	代謝内科
産婦人科	放射線科	
皮膚科	脳神経外科	

診療内容を○で囲んで下さい。

診察 薬 注射 検査 その他（ ）

※備考