

他医療機関受診連絡票

川崎市立井田病院
外来会計担当 宛

病院名：
住所：
電話番号：

【患者様情報】

診察券番号	井田病院の診察券をお持ちの場合は記載してください		
氏名			
生年月日	(明治 大正 昭和 平成) 年 月 日		
入院料			
入院診療科		医療機関コード	
支払方法	患者負担（保険請求） ・ 患者負担なし（病院負担）		
担当者			
請求書送付先	郵便番号 住所		

※入院中の医療機関で記載をお願いします。
※病院負担の場合は、請求書送付先に住所の記載をお願いします。