

本町矢吹クリニック 臨時透析申し込み用紙

〒990-0043 山形県山形市本町1丁目6-17

電話：023-615-1877 FAX：023-615-1866

保険者番号	保険証の記号・番号	
特定疾病療養受療証	<input type="checkbox"/> 持っている <input type="checkbox"/> 持っていない	
重度心身障害者（児）医療証 (山形県内在住の方のみ)	負担者番号： 医療証番号：	

ふりがな 氏名	殿		性別 男・女
生年月日	M・T・S・H	年 月 日	年齢 歳
自宅住所	〒		TEL
施設名			
施設住所	〒		TEL
透析依頼日	平成 年 月 日	クール	
	平成 年 月 日	クール	
	平成 年 月 日	クール	
備考			
当クリニック 記載欄	受信日：	受信者：	
	返信日：	返信者：	
	返信先：		

FAX受信後、当クリニックから透析施設へ電話連絡させていただきます。



医療法人社団清永会 本町矢吹クリニック
FAX 023-615-1866