

別記様式

令和 年 月 日

保険医療機関 殿

介護老人保健施設名 称

所在地

電話番号 (FAX)

医師氏名

次の者は、施設の入所者であります。通院に係る病名及び病状等は次のとおりです。

入 所 者	氏 名			男 ・ 女
	生 年 月 日	明・大・昭	年 月 日	生(歳)
	老人医療の受給者番号			
通院に係る病名及び病状等				