

C. FAX : 076-491-2859

申込日: 令和 年 月 日

富山市医師会事務局 行

富山医療圏PCRセンター

申込票

- ① 予約電話の後、本紙にご記入の上、本会事務局までFAXにてお申し込みください。
- ② 本会より予約票をFAXで返送しますので、検査対象者にお渡しください。
- ③ 検査依頼・結果の個人情報に関し、保健所等に情報提供を行うことに同意した上でお申し込みください。

同意します 本人署名 (必須)

検査日時: 令和2年 月 日 () : ~

(フリガナ)

検査対象者氏名: 性別: 男 ・ 女

富山市以外の場合

検査対象者居住地: 富山市 ・ 市・町・村

検査対象者生年月日: T・S・H・R 年 月 日生

保険 証 情 報	種 別	いずれかに○をお願いします・・・		社保	・	国保
	保険者番号					
	記 号					
	番 号					
	続 柄	いずれかに○をお願いします・・・		本人	・	家族
	負担割合	いずれかに○をお願いします・・・		1割	・	2割 ・ 3割
	前期高齢者・後期高齢者対象の方	いずれかに○をお願いします・・・		26区ア	・	27区イ ・ 28区リ ・ 29区エ ・ 30区オ

※ 公費併用又は生保の方は、下記の欄もご記入ください (ない場合、なしに○をしてください)

公費 情 報	公費の有無	あり		・	なし	
	公費種別	※ありの場合は、該当するものに○をつけてください 子ども ・ ひとり親 ・ 障害 I 障害 II (本人負担 割) ・ 富障老 ・ 生保 ・ 児童福祉				
	公費負担者番号					
	公費受給者番号					

検査対象者の携帯電話(※):

(※)受付との連絡用に使用しますので、当日は忘れずに携帯電話を持参してください。

医療機関名: [電話:]
[FAX:]

(主治医緊急時連絡先:)