終夜睡眠ポリグラフ検査（PSG）保険情報確認票

増子記念病院　地域連携室　FAX（直通）052-451-1347

※本用紙は、依頼票と一緒にFAXをお願い致します。

●患者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

●保険証情報

保険者番号								記号・番号	記号：＿＿＿＿＿＿＿＿ 番号：＿＿＿＿＿＿＿＿（枝番　　）

・本人　・　家族

・主保険の負担割合：（　　）割　※後期高齢者・前期高齢者の方のみ記載をお願い致します。

・有効期限：　　年　　月　　日

●公費情報

公費負担者番号①								受給者番号①								
公費負担者番号②								受給者番号②								

※本用紙の内容で確認事項がありましたら、増子記念病院　医事課（052-451-1308）よりお電話させて頂きます。