

はち丸ネットワーク患者情報 変更届

名古屋市長 殿
一般社団法人名古屋市医師会 会長 殿

下記の通り変更しましたので、お届けします。

【本人情報欄】登録患者と突合できる情報を可能な範囲でご記入ください（本人以外の記入も可）。

※変更箇所の□に✓を入れてください。

<input type="checkbox"/> フリガナ		記載日	年	月	日
<input type="checkbox"/> 氏名(必須)		<input type="checkbox"/> 電話番号			
<input type="checkbox"/> 生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日生	<input type="checkbox"/> 性別
					男・女
<input type="checkbox"/> 現住所	〒 -				
<input type="checkbox"/> 緊急連絡先	フリガナ	<input type="checkbox"/> 本人との関係			
	氏名	<input type="checkbox"/> 電話番号			
はち丸ネットワーク 地域患者 ID					

下記についてご記入ください。

■医療保険記載欄（名古屋市国民健康保険、後期高齢者医療保険の場合は被保険者番号をご記入ください。）

名古屋市以外の国保/国保組合/協会けんぽ/組合健保/共済組合 生活保護 不明/その他

名古屋市国民健康保険 被保険者番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 -

--	--

後期高齢者医療保険 被保険者番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

■介護保険記載欄（被保険者の場合はサービス利用の有無にかかわらずご記入ください。）

介護保険 被保険者番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 不明/その他

※受付施設記入欄 スタンプでも可

受付施設名			
施設住所	〒 -		
電話番号		変更受付者氏名	

- ・この様式は、はち丸ネットワークに登録された方に対する**変更用**です。
- ・新規ではち丸ネットワーク参加をご希望される場合、新規用の同意書にてお申込みください。
- ・令和4年2月以前にはち丸ネットワークに登録された方は、様式3の追加同意用をご提出ください。
- ・記載内容等について、名古屋市はち丸在宅支援センターから確認のお電話をすることがあります。

本書を名古屋市はち丸在宅支援センターへご提出ください（原本以外の提出可）。

この下は、名古屋市はち丸在宅支援センターで記入します。

受理： 年 月 日

受理印	確認印