

# はち丸ネットワーク参加同意書（追加同意用）

名古屋市長 殿  
 一般社団法人 名古屋市医師会長 殿

私は、はち丸ネットワークに関する説明を理解し、その目的に賛同しましたので、私の医療・介護・健診情報に関して、国民健康保険及び後期高齢者医療保険のレセプト・健診情報・介護保険情報を名古屋市医師会が名古屋市より取得し、はち丸ネットワーク参加事業者が所有する情報を含め、参加事業者間で共有されることに同意します。また、登録情報に変更が生じた場合も継続して同意します。※はち丸ネットワークの詳細はパンフレットをご確認ください。

【本人記入欄】 同意日 年 月 日

本人の氏名（自署）：

代理の申請者（本人が自署できない場合）  
 氏名： (本人との続柄： )

【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）。

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名（必須）		電話番号	
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令	年	月 日生
現住所	〒 -		
緊急連絡先	フリガナ	本人との関係	
	氏名	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		同意取得者氏名	

・この様式は令和4年2月以前にはち丸ネットワークに登録された方に対する追加同意用のため、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。

・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にて記入します。

受理： 年 月 日

受理印	確認印