

はち丸ネットワーク参加同意書（新規用）

名古屋市長 殿

一般社団法人 名古屋市医師会長 殿

I have understood the explanation of the Hachimaru Network and agree with its purpose, so I hereby authorize the Nagoya City Medical Association to obtain from Nagoya City the National Health Insurance and Late-Stage Senior Citizen's Medical Insurance receipts, medical checkup information and long-term care insurance information concerning my medical, long-term care and health checkup information, and to use the information owned by the Hachimaru Network participating businesses. I agree to the sharing of such information, including information owned by Hachimaru Network participants, among participating offices. I also agree to continue to consent to any changes in the registered information.

フリガナ		同意日	年 月 日
signature 氏名（自署）		電話番号	

※はち丸ネットワークへは常用漢字にて登録いたします。なお、常用漢字に該当しない漢字の場合はカナ入力にて対応いたします。

生年月日	明・大・昭・平・令	年 月 日生	性別	男・女
現住所	〒 - 名古屋市			
緊急連絡先	フリガナ	本人との関係		
	氏名	電話番号		
代理の申請者（本人が自署できない場合） attorney-in-fact signature			本人との続柄	
代理申請者 氏名（自署）				

同意取得事業所様へ：記載内容が不明瞭な場合は欄外等へ補足をお願いします。

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	

・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