

## 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

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。

① フリガナ	ナゴヤハチマル	同意日	2026年1月1日	②
氏名（自署）	名古屋 はち丸	電話番号	052-791-0874	

※はち丸ネットワークへの登録時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。

③ 生年月日	○○○●○○ 明・大・昭・平・令	1年1月1日生	性別	○男・女
--------	---------------------	---------	----	------

現住所	〒 461 - 0005 名古屋市東区東桜A丁目一B一C
-----	---------------------------------

④ 緊急連絡先	フリガナ ナゴヤハチコ	本人との関係	妻
	氏名 名古屋 はち子	電話番号	052-791-0875

⑤ 代理の申請者（本人が自署できない場合）	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。

⑥ 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。）																		
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 不明/その他																		
<input type="checkbox"/> 名古屋市国民健康保険 被保険者番号 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> - <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																		
<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 被保険者番号 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	7	8										
1	2	3	4	5	6	7	8											
■ 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。）																		
<input checked="" type="checkbox"/> 介護保険 被保険者番号 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr></table> <input type="checkbox"/> 不明/その他	1	0	0	0	0	0	0	0										
1	0	0	0	0	0	0	0											

⑦ ※受付施設記入欄（スタンプでも可）			
受付施設名	名医会クリニック		
施設住所	〒 461 - 0004 名古屋市東区葵C一D		
電話番号	052-937-7801	同意取得者氏名	名医会 太郎

・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。

受理印	確認印
受理： 年 月 日	センター使用欄

## はち丸ネットワーク参加同意書（様式1） 記入方法・注意点

- 患者の自署をいただいてください。記載内容が不明瞭な場合は、欄外等へ補足をお願いいたします。  
自署が難しい場合は、ご家族や支援者等で代筆し、⑤をご記入ください。
- はち丸ネットワーク利用の同意を得た日を記入してください。
- 電話番号が無い場合は、「なし」と記入してください（登録は「000-000-0000」となります）。登録された電話番号から救急要請した場合、救急隊がはち丸ネットワークから患者の情報を閲覧することができます。  
住所、電話番号は、名古屋市内のみ登録可能です。ご家族との同居先や入所施設等、実際にお住まいのものをご記入ください。
- 緊急連絡先が無い場合は、「なし」と記入してください。  
緊急連絡先にご家族以外を記入される場合は、「本人との関係」欄にご関係をご記入ください（知人、身元保証人等）。
- 保険情報を記入してください。  
■ 医療保険記載欄：該当の保険種別を選択し、□に✓を入れてください。  
名古屋市国民健康保険、後期高齢者医療保険の**被保険者番号**を記入する際は、保険者番号とお間違えのないようご注意ください。  
保険情報が不明等の場合は、「□不明/その他」に✓を入れてください。  
■ 介護保険記載欄：被保険者の場合は、□に✓を入れてください。  
被保険者番号を記入する際は、保険者番号とお間違えのないようご注意ください。  
介護扶助の場合は、登録されません（「H」から始まる被保険者番号）。  
第2号被保険者を除く65歳未満、保険情報が不明等の場合は、「□不明/その他」に✓してください。
- 同意書を提出される施設の情報を記入してください。  
同意取得者氏名欄に書かれている方を患者チャットページへ招待します。  
同意取得者氏名欄に書かれている方が未登録の場合は、施設管理者の方を招待します。

提出先：名古屋市はち丸在宅支援センター  
〒461-0005 名古屋市東区東桜1丁目4-3 大信ビル2F  
FAX：052-971-0875