

はち丸ネットワーク参加同意書(新規用)



* 1 2 3 4 5 6 A B C *

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。

院内患者ID (カルテ番号)			同意日	年	月	日	
ふりがな			性別	男・女			
氏名 (自署)			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	ふりがな	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)					本人との続柄		
代理申請者氏名(自署)							

下記については該当する方のみご記入ください。

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 被保険者番号															

■受付施設記入欄 本書を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)。
[スタンプでも可]

受付施設名						
施設住所	〒 -					
電話番号	()		■はち丸ネットワークカード			
受付者氏名						

■事務局記入欄

受理： 年 月 日

■受理印

--