様式２

はち丸ネットワーク 参加同意書（追加同意・変更用）

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を同意します。また、登録情報に変更が発生した場合も継続的に同意します。※はち丸ネットワークの詳細は登録説明書をご確認ください。

【本人記入欄】 同意日 年 月 日

本人の名前**（必須）：**

（代筆した方の名前・本人との続柄を記入）

代筆者の名前： （本人との続柄： ）

（法定代理人（成年後見人等）が同意する場合のみ記入）

法定代理人の名前： （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		電話番号	（ ）
生年月日	◯明 ・◯大 ・◯昭 ・◯平 ・◯令 年 月 日		
現住所	〒 －		
緊急連絡先	フリガナ	本人との続柄	
	氏 名	電話番号 （ ）	
はち丸患者 ID	2 3 1		

▼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（原本以外の提出も可）。

受付施設名	（スタンプでも可）
施設住所	
電話番号	
受付者名	

・記載内容等について、一般社団法人名古屋市医師会（事務局）から確認のお電話をすることがあります。

・この様式は既にはち丸ネットワーク参加済の方に対する追加同意・変更用のため、新規ではち丸ネットワークに参加をご希望される場合、新規用の同意書を取り寄せの上、お申し込みください。

受理印

（事務局記入欄）受理： 年 月 日

Ver 1.0