様式3

# 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）<br>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 |
|---|---|
| | |

Ver.2