

様式1

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。

フリガナ	同意日	年 月 日	
氏名（自署）	電話番号		
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）		本人との続柄	
代理申請者 氏名（自署）			

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