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 | |

※はち丸ネットワークへ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。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 生 年 月 日 | ○○○○○<br>明・大・昭・平・令　年　月　日生 | 性 別 | ○○<br>男・女 |
| 現 住 所 | 〒　－ | | |
| 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<br>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。

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 |
|---|---|
| | |

Ver. 3