岩手中部地域医療情報ネットワークシステム「いわて中部ネット」
住民参加申込書及び同意書

特定非営利活動法人岩手中部地域医療情報ネットワーク協議会　御中

私は、岩手中部地域医療情報ネットワークシステム個人情報取扱規約の内容を承諾しましたので、特定非営利活動法人岩手中部地域医療情報ネットワーク協議会及びネットワーク参加施設（※１）において私の医療・介護に関する情報が共有され、私の受ける医療・介護サービスに利用されることに同意し、システムへの参加を申し込みます。

※１…ネットワークに今後参加する施設及びネットワークが今後連携する県内外の地域医療情報ネットワークシステムの参加施設を含む

申込日		年　　月　　日
フリガナ		
申込者氏名		
代理者記載（※２）	代理者氏名 続　柄	親・配偶者・子・その他：（　　）
性　　別		男　・　女
生年月日		大正・昭和・平成　　年　　月　　日
電話番号		―　　―
住　　所		〒＿＿＿＿－＿＿＿＿＿

○健康保険被保険者証

記号 (国保の方は空白)	番号 (国保の方は記号番号)	保険者番号

○後期高齢者医療被保険者証

被保険者番号	保険者番号

○介護保険被保険者証

被保険者番号	保険者番号

健康保険、後期高齢者医療保険のいずれかをご記入ください。
また、介護被保険者証をお持ちの方は、あわせてご記入ください。
（詳しい書き方は裏面へ）

※２：＜代理者記載の主要例＞

① 未成年の場合：
家族又は保護者等の代理人による署名が必須となります。

② 心身の理由により自署が困難な場合：
家族（内縁含む）、保護者、後見人・保佐人等の代理人による署名が可能です。

＜受領施設等処理欄＞　　＜協議会処理欄＞

受領施設等名		捺印欄		