

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」 住民参加申込及び同意内容の変更届

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、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た際の申込及び同意の内容を以下のとおり変更します。

※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

変更 <input checked="" type="checkbox"/>	記入日	年 月 日
<input type="checkbox"/>	フリガナ	
<input type="checkbox"/>	申込者氏名	
<input type="checkbox"/>	代理人 記載 (※2)	代理人氏名 続柄 親・配偶者・子・その他：()
<input type="checkbox"/>	性 別	男 ・ 女
<input type="checkbox"/>	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
<input type="checkbox"/>	電話番号	— —
<input type="checkbox"/>	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

※2：＜代理人記載の主要例＞

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。

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)

＜受領施設等処理欄＞	＜協議会処理欄＞
受領施設等名	捺印欄
住民連携ID	