

県立病院・行政・参加施設まで直接ご提出、または専用の返信用封筒で切手を貼らずに投函下さい。

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

私は、「いわて中部ネット」（以下「ネット」という）住民参加規約兼個人情報取扱い規約の内容を承諾しましたので、いわて中部ネットおよびネット参加施設（ネットに今後参加する施設及びネットが今後連携する県内外の地域医療介護連携ネットワークの参加施設を含む）において私の健康・医療・介護に関する情報が共有され、私の受ける健康・医療・介護サービスに利用されることに同意し、ネットへの参加を申し込みます。

<代表者>

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 行 申込日： 西暦 年 月 日			
フリガナ		性別： 男 ・ 女	
申込者氏名	生年月日	大正 ・ 昭和 平成 ・ 西暦	年 月 日
住所	郵便番号	電話番号：	
代理人名	代理人氏名：	続柄：親・配偶者・子・施設管理者・その他(
健康保険 又は 後期高齢者医療 被保険者証		介護保険被保険者証	
記号・番号(被保険者番号)	保険者番号	被保険者番号	保険者番号

ご家族の方も参加いただける場合には、こちらから記入ください

フリガナ		性別： 男 ・ 女	
申込者氏名	生年月日	大正 ・ 昭和 平成 ・ 西暦	年 月 日
住所	郵便番号	電話番号： <input type="checkbox"/> 代表者と同じ住所の場合はチェックを入れてください	
代理人名	代理人氏名：	続柄：親・配偶者・子・施設管理者・その他(
健康保険 又は 後期高齢者医療 被保険者証		介護保険被保険者証	
記号・番号(被保険者番号)	保険者番号	被保険者番号	保険者番号

フリガナ		性別： 男 ・ 女	
申込者氏名	生年月日	大正 ・ 昭和 平成 ・ 西暦	年 月 日
住所	郵便番号	電話番号： <input type="checkbox"/> 代表者と同じ住所の場合はチェックを入れてください	
代理人名	代理人氏名：	続柄：親・配偶者・子・施設管理者・その他(
健康保険 又は 後期高齢者医療 被保険者証		介護保険被保険者証	
	保険者番号	被保険者番号	保険者番号

<受領施設等処理欄>

<協議会処理欄>

捺印欄

--	--	--

保険証番号の書き方

【国民健康保険の方】

ここに書かれている数字を図の①(番号)にご記入ください。
ハイフン(一)などがある場合もそのままご記入下さい。

国民健康保険 有効期限 平成〇〇年〇〇月〇〇日
被保険者証 記号番号 〇〇〇〇〇〇
氏名 甲田 太郎
生年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日 性別 男
資格取得年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日
就労主氏名 甲田 太郎
住所 甲田市西町〇丁〇番地
交付年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日
保険者番号 〇〇〇〇〇〇 保険者名 印

ここに書かれている数字を図の②(保険者番号)欄にご記入下さい。

【社会保険の方】

ここに書かれている数字「記号」と「番号」を図①欄にご記入ください。
ハイフン(一)などがある場合もそのままご記入ください。
記号がない場合は番号のみご記入ください。

健康保険 本人(被保険者) 00123
被保険者証 平成20年10月14日交付
記号 11010203 番号 123456
氏名 健康 太郎
生年月日 昭和49年5月24日 性別 男
資格取得年月日 平成20年10月10日
事業所所在地 港区〇〇〇1-2-3
事業所名称 〇〇株式会社
保険者番号 〇1101100111
保険者名称 〇〇健康保険協会 〇〇支店
保険者所在地 〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇-〇

ここに書かれている数字を図の②(保険者番号)欄にご記入下さい。

【後期高齢者医療被保険者証の方】

後期高齢者医療被保険者証
有効期間
被保険者番号 〇〇〇〇〇〇〇〇
住所
氏名
生年月日
資格取得年月日
有効期日
交付年月日
一部負担金の割合
保険者番号並びに保険者の名称及び印
岩手県後期高齢者医療広域連合

ここに書かれている数字(8桁)を図の①(被保険者番号)欄にご記入下さい。

ここに書かれている数字(8桁)を図の②(保険者番号)欄にご記入下さい。

【介護保険をお持ちの方】

介護保険被保険者証
住所
フリガナ
氏名
生年月日 明治・大正・昭和 性別 男・女
交付年月日 平成 年 月 日
保険者番号並びに保険者の名称及び印

ここに書かれている数字を図の③(被保険者番号)欄にご記入下さい。

ここに書かれている数字(6桁)を図の④(被保険者番号)欄にご記入下さい。

書き方見本

フリガナ	イワテ タロウ	性別:	男	・	女							
申込者氏名	岩手 太郎		生年月日	大正	・	昭利	60	年	1	月	3	日
住所	郵便番号 024-8507	電話番号:	090-1111-2222									
代理人名	代理者氏名:	続柄: 親・配偶者・子・施設管理者・その他()										
健康保険(後期高齢者医療)被保険者証						介護保険被保険者証						
①	記号・番号(被保険者番号)		②	保険者番号		③	被保険者番号		④	保険者番号		
	11010203 ・ 123456			1010011								