

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、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。

<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				大正 ・ 昭和				
申込者氏名	男・女			生年月日	平成 ・ 令和	年	月	日
				西暦				
住所	郵便番号			電話番号：				
代理人名	代理者氏名：			続柄：親・配偶者・子・施設管理者・その他()				
健康保険また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				大正 ・ 昭和				
申込者氏名	男・女			生年月日	平成 ・ 令和	年	月	日
				西暦				
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	代理者氏名：			続柄：親・配偶者・子・施設管理者・その他()				
健康保険また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				大正 ・ 昭和				
申込者氏名	男・女			生年月日	平成 ・ 令和	年	月	日
				西暦				
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	代理者氏名：			続柄：親・配偶者・子・施設管理者・その他()				
健康保険また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		

<受領施設等処理欄>

<協議会処理欄>

<シール配布>

<捺印欄>

		未 ・ 済	
--	--	-------	--

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①（番号）欄にご記入下さい。
ハイフン（-）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 000000
氏名 甲田 乙朗
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
世帯主氏名 甲田 丙朗
住所 甲福乙市丙町〇丁目〇番地
交付年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日
保険者番号 000000 保険者名 丙朗

ここに書かれている数字を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①欄にご記入下さい。
ハイフン（-）などがある場合もそのままご記入下さい。記号がない場合は番号のみご記入下さい。

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 健保 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 01010011
保険者名称 〇〇健康保険協会
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
有効期限
被保険者番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
住所
氏名
生年月日
資格取得年月日
発効期日
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
番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
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④（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	大正 ・ 昭和	昭和
申込者氏名	岩手 太郎 (男) 女	生年月日	平成 ・ 令和 60年1月3日 西暦
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()
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		