

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してください。

## 「未来かなえネット」住民参加申込書

私は、「未来かなえネット」(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、未来かなえ機構及びネット参加施設(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。

※一度提出した方の再度の提出は不要です。

一般社団法人未来かなえ機構 行		申込日：平成 年 月	
○フリガナ(必須)		○性別	男・女
○申込者氏名			
○代理者氏名		氏名	
続柄		親・配偶者・子・施設職員・その他：( )	
○生年月日		大正・昭和・平成 年 月 日	
○住所		〒 - 市・町・村	
○電話番号		- - (※日中にご連絡の取れる番号)	
○小児科オンライン		<input type="checkbox"/> 参加する ※対象：0歳～未就学児(6歳)の親子	
メール アドレス	フリガナ(必須)	@	
	アドレス	@	
記入例		b-f_l-o-p_1709 @ ocn.i.g.j	

○被保険者証(ご自身がお持ちの保険証番号の該当部分を赤枠内にご記入ください)

※ 記号のない方は記号欄の記入は不要です。

本人 (被保険者) 平成〇〇年〇月〇〇日交付

保険被保険者証 記号 XXXXX 番号 XXXXX

XXXXXXXXX

XXXXXXXXX

後期高齢者医療被保険者

被保険者番号 XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXX

XXXXXXXXXX

XXXXXXXXXX

XXXXXXXXXX

○介護保険被保険者証(お持ちの場合にご記入ください)

被保険者番号

XXXXXXXXXX

保険者番号

XXXXXX

※ 本申込書の無断転載・転用を固く禁じます。

○受領施設等名

○機構処理欄