

※一度提出した方の  
再度の提出は不要です。

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。

## 「未来かなえネット」 住民参加申込書及び同意書

私は、「未来かなえネット」個人情報取扱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。

・ご結婚されて姓が変わられた方、住所変更された方、脱会したい方は、ご連絡ください。

※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。

<代表者>

フリガナ (必須)		性別： 男 ・ 女 (必須)	
申込者氏名 (必須)		生年月日 (必須)	大正 ・ 昭和 平成 ・ 令和 年 月 日
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)		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 (必須)		性別： 男 ・ 女 (必須)	
申込者氏名 (必須)		生年月日 (必須)	大正 ・ 昭和 平成 ・ 令和 年 月 日
住所		郵便番号 電話番号： <input type="checkbox"/> 同上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)		被保険者番号 保険者番号	

フリガナ (必須)		性別： 男 ・ 女 (必須)	
申込者氏名 (必須)		生年月日 (必須)	大正 ・ 昭和 平成 ・ 令和 年 月 日
住所		郵便番号 電話番号： <input type="checkbox"/> 同上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)		被保険者番号 保険者番号	

<受領施設等処理欄>

<未来かなえ機構処理欄>

捺印欄

--	--	--

登録希望者が4名以上の場合はこちらにご記入願います。

※一度提出した方の  
再度の提出は不要です。

フリガナ (必須)		性別： 男 ・ 女 (必須)
申込者氏名 (必須)		生年月日 (必須) 大正 ・ 昭和 年 月 日 平成 ・ 令和
住所	郵便番号 <input type="checkbox"/> 同上の場合はチェックを入れてください	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

フリガナ (必須)		性別： 男 ・ 女 (必須)
申込者氏名 (必須)		生年月日 (必須) 大正 ・ 昭和 年 月 日 平成 ・ 令和
住所	郵便番号 <input type="checkbox"/> 同上の場合はチェックを入れてください	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

## 「小児科オンライン」「産婦人科オンライン」参加申込書

※対象：0歳～15歳対象の親子

フリガナ (必須)		性別： 男 ・ 女 (必須)
申込者氏名 (必須)		生年月日 (必須) 大正 ・ 昭和 年 月 日 平成 ・ 令和
住所	郵便番号	電話番号：
メール アドレス	フリガナ (必須)	@
	アドレス	@
記入例	ピーエフ エル オー ビーキューイチシチゼロキュウ	@ オーシーエヌドットアイジードットジェーピー
	b f l o p q 1 7 0 9	@ o c n . i g . j p

<受領施設等処理欄>

<未来かなえ機構処理欄>

捺印欄

--	--	--