

「未来かなえネット」 住民参加申込書及び同意書

※一度提出した方の
再度の提出は不要です。

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。

※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>

一般社団法人未来かなえ機構 行 申込日 令和 年 月 日

フリガナ(必須)		性別(必須)	男 ・ 女
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 (必須)	郵便番号	電話番号(必須)	
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

記入いただき、ありがとうございました。
提出の際は、同封の返信用封筒(切手不要)にてご投函、または県立病院・行政・参加施設まで直接ご提出ください。

↓ご家族の方も参加いただける場合はこちらから記入ください。

<家族1人目>

フリガナ(必須)		性別(必須)	男 ・ 女
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 (必須)	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(必須)	
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

<家族2人目>

フリガナ(必須)		性別(必須)	男 ・ 女
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 (必須)	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(必須)	
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

➡ご家族が多い方は裏面にも記入欄がございますので、ぜひ登録をお願いいたします。

<受領施設等処理欄>	<未来かなえ機構受付印>	<機構担当者押印欄>
------------	--------------	------------

※一度提出した方の再度の提出は不要です。

<家族3人目>

フリガナ(必須)		性別(必須)	男 ・ 女
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 (必須)	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(必須)	
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

<家族4人目>

フリガナ(必須)		性別(必須)	男 ・ 女
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 (必須)	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(必須)	
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

記入いただき、ありがとうございました。

提出の際は、同封の返信用封筒(切手不要)にてご投函、または県立病院・行政・参加施設まで直接ご提出ください。

----- 「産婦人科オンライン」「小児科オンライン」申し込み -----

気仙在住で未来かなえネットへ登録した方は、妊娠中～産後の悩み、新生児～15歳のお子さん等の相談ができるサービス「産婦人科オンライン」「小児科オンライン」を無料でご利用いただけます。

申し込みを希望される方は下記の必須項目に記入し、提出をお願いいたします。

フリガナ(必須)		電話番号(必須)	<input type="checkbox"/> 上記に記載の番号と同じ
申込者氏名 (必須)			
フリガナ(必須)			※対象者は気仙在住で未来かなえネットに登録した妊婦さん、0歳～15歳のお子様がいるご家庭
メールアドレス (必須)	@		

記入例	ビ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ビー
	bflopq @ ocn.ig.jp

※数字1(イチ)と小文字l(エル)、-(ハイフン)と_(アンダーバー)、数字0(ゼロ)と小文字o(オー)、数字2(ニ)と小文字z(ゼット)、数字9(キュウ)と小文字q(キュー)など判別が難しい場合がある為、フリガナの記入にご協力をお願いします。

※記入内容に不備がある場合、メールが届かない場合もありますので英数字はわかりやすく記入をお願いします。

<受領施設等処理欄>	<未来かなえ機構受付印>	<機構担当者押印欄>
------------	--------------	------------