

# みやぎ医療福祉情報ネットワーク 加入申込書

私は「みやぎ医療福祉情報ネットワーク加入申込重要事項説明書」について、その目的と情報共有・個人情報  
の扱いなどについて理解しましたので、みやぎ医療福祉情報ネットワークに加入いたします。

下記の緑色太線内についてご記入下さい

記入例

お申し込み施設 ※病院・診療所の場合は施設の診察券番号をご記入下さい

施設名	A病院	診察券番号	1 2 3 4 5 6
申込年月日	令和	元年	5月 1日
フリガナ	ミヤギ	タロウ	性別
氏名(自署)	宮城	太郎	男・女
生年月日	大正・昭和・平成・令和	12年	3月 4日
住所	〒980-1234 宮城県仙台市青葉区B町1-2-3		
カードの送付先 が異なる場合	〒		
電話番号	022-123-1234		
代理記載の場合	氏名: 宮城 一郎 (続柄: 子)		

情報共有についての記入欄 ※下記のいずれかにチェックマーク(レ印)をご記入下さい

- ①  参加している全施設について情報共有を希望します  
②  参加している全施設の内、下記の施設を除く施設について情報共有を希望します  
③  下記の特定の施設についてのみ情報共有を希望します

①か②を選択された方

※お手持ちの健康保険被保険者証、または後期高齢者医療被保険者証をご確認の上ご記入下さい

被保険者記号	被保険者番号	保険者番号
1 2 3 4 5 6 7 8	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8

情報共有を除外する施設、希望する施設について

※②の場合は【除外する施設】を、③の場合は【希望する施設】をご記入下さい

施設名 (病院・診療所・薬局・介護施設等)	所在地 (○区/市・○○)	診察券番号	診察券等 の添付
Cクリニック	大崎市D町	987654	有・無
			有・無
			有・無
			有・無
			有・無