

# みやぎ医療福祉情報ネットワーク 加入申込書

記入例

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。

申込施設名	A病院	診察券番号	123456
申込年月日	令和	5年	9月 1日
フリガナ	姓(セイ) ミヤギ	名(メイ) 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		
ID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)		

## 健康保険被保険者証

【健康保険被保険者証】と【情報共有についての記入欄】への記載について補足資料をご参照下さい

被保険者記号	被保険者番号	保険者番号
12345678	12	987654321

## 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

参加している全施設について情報共有を希望されますか

はい  いいえ (下記の施設のみ情報共有を希望します)



施設名(病院・診療所・薬局・介護施設等)	診察券番号

施設が5件を超える場合につきましては、加入申込書裏面の備考欄をご利用下さい

## 健康保険被保険者証欄の記号/番号について

各種被保険者証について、下記を参考に各欄への転記をお願いいたします。

被保険者記号	被保険者番号	保険者番号	

**国民健康保険 被保険者証** 有効期限 令和\*年\*\*月\*\*日

記号 〇〇1 番号 7654321

氏名 宮城 太郎  
 生年月日 昭和12年3月  
 適用開始年月日 令和\*年\*\*月\*  
 交付年月日 令和\*年\*\*月\*

健康保険 本人(被保険者) 00000  
 被保険者証 令和〇年〇月〇日交付

記号 1234567 番号 89

氏名 宮城 太郎  
 生年月日 昭和12年3月4日  
 性別 男  
 資格取得年月日 令和〇年〇月〇日

事業者名称 〇〇株式会社  
 保険者番号 87654321  
 保険者名称 全国健康保険協会 〇〇支部  
 保険者所在地 〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇

後期高齢者医療被保険者証

有効期限 令和\*年\*\*月\*\*日

被保険者番号 01234567

住所 宮城県〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇

氏名 宮城 太郎

生年月日 昭和12年3月

資格取得年月日 令和\*\*年\*

発行期日 令和\*\*年\*

一部負担金の割合 1割

保険者番号並びに保険者の名称及び印 87654321

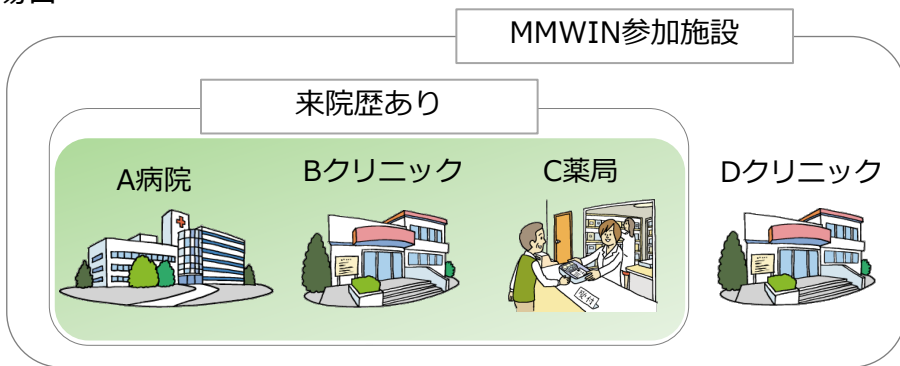
後期高齢者医療被保険者証の場合、被保険者記号の記入は不要です

### 情報共有についての記入欄

「参加している全施設について情報共有を希望されますか」の選択について

「はい」を選択された場合

来院歴（施設利用歴）のある参加施設間において情報連携がなされます



「いいえ（下記の施設のみ情報連携を希望します）」を選択された場合

来院歴のある施設をご指定下さい  
 病院やクリニックなど、診察券番号等（施設ID）があればご記入下さい  
 特定の施設（この場合はA病院とC薬局間のみ）で情報連携がなされます

施設名（病院・診療所・薬局・介護施設等）	診察券番号
A病院	1 2 3 4 5 6
C薬局	

薬局や介護施設の場合、診察券番号欄の記入は不要です

