

「サルビアねっと」住民参加申込書



私は、「サルビアねっと」住民参加規約兼個人情報取扱い規約の内容を承諾し、一般社団法人サルビアねっと協議会およびサルビアねっと参加施設において私の健康・医療・介護サービスに関する情報が共有されることを理解し、「サルビアねっと」への参加を申込みます。

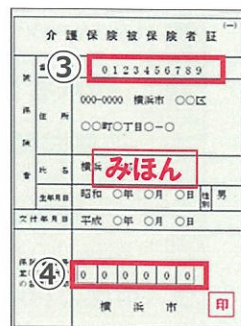
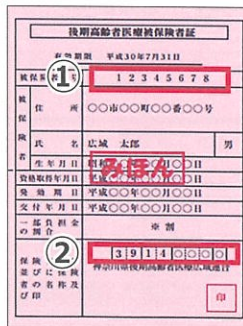
- 申込み費用は無料です。
- 複数施設を利用されていても、どこか1か所に提出すれば、申込みは完了です。

※ 太枠内は記入必須です。

		記入日		西暦	年	月	日			
申込者氏名 (申込者の自筆)		(フリガナ)								
代理人氏名 (代理人の自筆)		(フリガナ)		代理人続柄	家族・保護者 (内縁含)	後見人・保佐人	医療介護職			
生年月日		大正	昭和	平成	令和	年	月	日	性別	男・女 (保険証記載の性別を○で囲んでください)
住所		〒 □□□ - □□□□								
		神奈川県		横浜市		区				
		都・道・府・県		区・郡・市						
電話番号		-		-						
e-mailアドレス								@		
健康保険	被保険者番号 (みほん内の①を記入)									
	保険者番号 (みほん内の②を記入)									
介護保険	被保険者番号 (みほん内の③を記入)									
	保険者番号 (みほん内の④を記入)									
個人情報利用目的について個人情報取扱い規約をご確認の上、同意する場合、以下の□内に✓を入れてください。										
参加登録施設との共有、及び将来連携するサルビアねっとと同種の「地域医療介護ネットワークシステム」への提供(規約第9条(1)~(3)を確認してください。)*						<input type="checkbox"/>		同意します。*		
上記参加施設に対する包括的な同意であることを確認しました。(規約第11条を確認してください。)						<input type="checkbox"/>		確認しました。		
容易に個人を識別できないよう加工し、医療政策をはじめとした行政政策の検討への活用(規約第9条(4)、同第14条2を確認してください。)						<input type="checkbox"/>		同意します。		

※(みほん)被保険者番号、保険者番号の転記箇所は以下を参考にしてください。※

※保険証のコピーを提出いただく場合は、記載事項の記入を省略できます。(氏名・生年月日を除く)



<代理人記入時の補足> ※代理人の定義は『「サルビアねっと」住民参加規約兼個人情報取扱い規約』をご参照ください。

- ① 未成年の場合、親権者、保護者、未成年後見人等の代理人による署名が必須となります。
- ② 心身の理由により自署が困難な場合、家族(内縁含む)、保護者、後見人・保佐人、申込者本人が利用する医療・介護施設の職員等、代理人による署名にて申込が可能です。

＜申込者以外の同居家族申込欄＞

※ 太枠内は記入必須です。

記入日 西暦 年 月 日

同居家族氏名 (同居家族の自筆)	(フリガナ)										
代理人氏名 (代理人の自筆)	(フリガナ)					代理人続柄	家族・保護者 (内縁含)	後見人・保佐人	医療介護職		
生年月日	大正	昭和	平成	令和	年	月	日	性別	男・女 <small>(保険証記載の性別を○で囲んでください)</small>		
電話番号	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ	<input type="checkbox"/> 右記の通り				-		-			
e-mailアドレス	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ	<input type="checkbox"/> 右記の通り				@					
健康保険	被保険者番号 (みほん内の①を記入)										
	保険者番号										
介護保険	被保険者番号 (みほん内の③を記入)										
	保険者番号 (みほん内の④を記入)										
個人情報利用目的について個人情報取扱規約をご確認の上、同意する場合、以下の□内に✓を入れてください。											
参加登録施設との共有、及び将来連携するサルビアねっとと同種の「地域医療介護ネットワークシステム」への提供(規約第9条(1)～(3)を確認してください。)*						<input type="checkbox"/> 同意します。* <small>※本サービスに参加される場合、この項目の✓チェックは必須です。</small>					
上記参加施設に対する包括的な同意であることを確認しました。(規約第11条を確認してください。)						<input type="checkbox"/> 確認しました。					
容易に個人を識別できないよう加工し、医療政策をはじめとした行政政策の検討への活用(規約第9条(4)、同第14条2を確認してください。)						<input type="checkbox"/> 同意します。					

※ 太枠内は記入必須です。

記入日 西暦 年 月 日

同居家族氏名 (同居家族の自筆)	(フリガナ)										
代理人氏名 (代理人の自筆)	(フリガナ)					代理人続柄	家族・保護者 (内縁含)	後見人・保佐人	医療介護職		
生年月日	大正	昭和	平成	令和	年	月	日	性別	男・女 <small>(保険証記載の性別を○で囲んでください)</small>		
電話番号	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ	<input type="checkbox"/> 右記の通り				-		-			
e-mailアドレス	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ	<input type="checkbox"/> 右記の通り				@					
健康保険	被保険者番号 (みほん内の①を記入)										
	保険者番号										
介護保険	被保険者番号 (みほん内の③を記入)										
	保険者番号 (みほん内の④を記入)										
個人情報利用目的について個人情報取扱規約をご確認の上、同意する場合、以下の□内に✓を入れてください。											
参加登録施設との共有、及び将来連携するサルビアねっとと同種の「地域医療介護ネットワークシステム」への提供(規約第9条(1)～(3)を確認してください。)*						<input type="checkbox"/> 同意します。* <small>※本サービスに参加される場合、この項目の✓チェックは必須です。</small>					
上記参加施設に対する包括的な同意であることを確認しました。(規約第11条を確認してください。)						<input type="checkbox"/> 確認しました。					
容易に個人を識別できないよう加工し、医療政策をはじめとした行政政策の検討への活用(規約第9条(4)、同第14条2を確認してください。)						<input type="checkbox"/> 同意します。					