

「さくらネット」住民参加申込書



さくらネット

私は、「さくらネット」住民参加規約兼個人情報取扱い規約の内容を承諾し、一般社団法人さくらネット協議会およびさくらネット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、「さくらネット」への参加を申し込みます。

● 申込み費用は無料です。

● 複数施設利用されていても、どこか1か所に提出すれば、申込みは完了です。

*は、記入必須です。

「申込者氏名」もしくは「代理人氏名」は自筆でのご記入をお願いします。

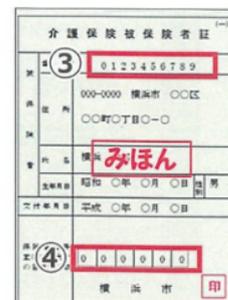
		記入日		西暦 年 月 日	
申込者氏名*		(フリガナ)		代理人氏名	
				(フリガナ)	
				続柄 家族(内縁含む)、保護者、後見人・保佐人、介護職員等	
生年月日*		大正 昭和 平成 令和 年 月 日		性別*	
				男 ・ 女 (保険証記載の性別を○で囲んでください)	
住所*		〒 _____ 都・道・府・県 _____ 市・区・町 _____			
電話番号*		- -		e-mailアドレス _____ @ _____	
健康 保 険	被保険者記号*				
	(みほん内の①を記入)				
	被保険者番号*				
	(みほん内の①を記入)	被保険者記号 枝番*			
	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)				
公費	生活保護受給の方は右記 <input type="checkbox"/> にレ点を入れてください。				<input type="checkbox"/>

個人情報の利用目的について個人情報取扱規約をご確認の上、以下の内に同意する場合、レ点を入れてください。

個人情報の参加登録施設との共有、及び将来連携するさくらネットと同種の「地域医療介護ネットワークシステム」への提供※	<input type="checkbox"/>	同意します。*	※本サービスに参加される場合、この項目のレ点チェックは必須です。
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。	<input type="checkbox"/>	確認しました。	
個人情報を容易に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、及び大学・研究機関等での研究利用。	<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『「さくらネット」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。

※さくらネットに加入している医療機関、介護施設に簡易同意書もございます。ご利用の際には、加入施設での同意もご検討ください。

一般社団法人 さくらネット協議会
TEL : 050-3667-0147