

「うおぬま・米(まい)ねっと」 加入申込書

(申込先) 特定非営利活動法人 魚沼地域医療連携ネットワーク協議会 あて

私は魚沼地域医療介護連携ネットワークに関する目的及び利用方法などを理解し、「特定非営利活動法人魚沼地域医療連携ネットワーク協議会ネットワークシステムでの情報共有に関する規約」等に同意したうえで加入を申込みます。

太枠内を記入してください		申込日		令和	年	月	日	
フリガナ							性別	男・女
加入者氏名								
生年月日	大正・昭和・平成・令和		年	月	日	生		
住所	〒 - 十日町市・魚沼市・南魚沼市・湯沢町・津南町							
電話番号	() -						※電話番号は市外局番からご記入下さい ※携帯電話可	
緊急時連絡先 (救急搬送時)	フリガナ					続柄		
	連絡先氏名							
	電話番号	() -						
代理記入者 (加入者以外の方が記入する場合)	代理人氏名					続柄		
	電話番号	() -					※携帯電話可	

※健診情報の共有に同意しない場合は、所定の書類を提出してください。

カード送付先が上記住所と異なる場合に記載してください。(世帯主の氏名も記入)	
〒 -	様方

アレルギー	なし・あり ()
注意事項 その他	

裏面もあります ➡

……………【以下受付窓口・事務局処理欄】申請者は以下の欄には記入をしないで下さい……………

受付窓口	受付機関名	受付者				免・保・旅・力・診・身 他 ()
事務局	米ねっとID	受付	点検	承認	交付	年 月 日

米ねっとは診察券番号（患者番号）をつないで情報を共有する仕組みです。
診察券をお持ちの場合は、ご記入ください。

病院の診察券番号（患者番号）を記入してください。			
病 院 名	診 察 券 番 号 患 者 番 号	病 院 名	診 察 券 番 号 患 者 番 号
十日町病院		魚沼基幹病院	
松代病院		南魚沼市民病院	
津南病院		ゆきぐに大和病院	
小出病院		湯沢病院	
堀之内医療センター		齋藤記念病院	
ほんだ病院		五日町病院	

診療所の診察券番号（患者番号）を記入してください。			
診 療 所 名	診 察 券 番 号 患 者 番 号	診 療 所 名	診 察 券 番 号 患 者 番 号

※ 山口医院については、（袋町）か（下条）を記入してください。

介護事業所等を利用されている方は記入してください。	
居宅介護支援事業所	
包括支援センター	
訪問看護ステーション	
訪問介護事業所	
訪問入浴介護事業所	
デイサービス	
ショートステイ	
福祉用具事業所	
小規模多機能・看多機	
グループホーム	
特別養護老人ホーム	
上記以外の事業所	
利用している薬局	