

持参の場合

お住まいの市・町の「とねっと」参加受付窓口

郵送の場合

〒347-0031 加須市南町 5-15 (埼玉県加須保健所内)
埼玉利根保健医療圏医療連携推進協議会事務局 行

(住民・患者さま用)

「とねっと」同意撤回届

埼玉利根保健医療圏医療連携推進協議会 様

私は、「とねっと」に参加申請しておりましたが、参加の同意について撤回します。

<本人記載欄> 同意を撤回する際に記載してください

【必須記入項目】 ※必ず記入してください。

申請日:平成 年 月 日

フリガナ: _____ 明治・大正・昭和・平成

氏名: _____ 生年月日: _____ 年 月 日

郵便番号: _____ 電話番号: _____

住所: _____

かかりつけ医カードID番号: _____

撤回事由: 自己都合 死亡 圏域※外転出 ※該当するものに☑してください。

※「圏域」とは、利根保健医療圏内の6市3町(行田・加須・羽生・久喜・蓮田・幸手・宮代・白岡・杉戸)のことです。

本人の署名 (未成年者の場合はその保護者) _____

(代理者記載の場合:代理者氏名 _____ 続柄: _____)

チェック項目 ※以下、撤回事由が「死亡」である場合は、本人確認書類(コピー含)の提出は不要です。

記入事項に漏れや誤りはありませんか。

(郵送される場合)本人確認書類(氏名、住所、生年月日の記載があるもの)のコピーを同封しましたか。

※本人確認書類:保険証、運転免許証、住基カードなど

[持参の場合] … [本人確認書類(氏名、住所、生年月日の記載があるもの)、かかりつけ医カードを持参]

お住まいの市・町の「とねっと」参加受付窓口

[郵送の場合の送付先] … [本人確認書類(氏名、住所、生年月日の記載があるもの)のコピー、かかりつけ医カードを同封]

埼玉利根保健医療圏医療連携推進協議会事務局

〒347-0031 加須市南町5-15(埼玉県加須保健所内)

TEL 0480-63-0003 ※問い合わせ:平日9時~17時(土・日・祝日・年末年始を除く) FAX 0480-63-0033

<処理欄> ※住民(患者)の皆様は、記入しないでください。

本人確認 (確認日: H . .)	FAX送信 (送信日: H . .)	システム処理 (処理日: H . .)
所属名 _____	所属名 _____	
確認者名 (又は印)	確認者名 (又は印)	処理者印
		通知日: H . .