

救急医療情報キット配布申請書

Medical Emergency Information Kit Application Form

沖縄市長 あて To the Mayor of Okinawa City:

救急医療情報キットの申請を受けたいので、下記のとおり申請します。

I am applying as follows to receive the medical emergency information kit.

《申請者 Applicant》

申請日(Application Date)：平成 年(YY) 月(MM) 日(DD)

フリガナ		配布を希望する方との関係	
氏名 Full Name		Relationship to the Person Requesting the Kit	
住所 Address 【アパート名・部屋番号まで Include Apt/ House/ Room #】	〒(Postal Code)	連絡先 Contact	

《配布を希望する方 Information about the person requesting the kit》

世帯状況 Household Situation	◆該当する箇所にチェックを入れて下さい。Please check the ones that apply. <input type="checkbox"/> 65歳以上 65 years old or older (<input type="checkbox"/> 独居世帯 Single Person Household <input type="checkbox"/> 夫婦のみ世帯 Household with Married Couple Only <input type="checkbox"/> 同居世帯 Shared Household) <input type="checkbox"/> 64歳以下 64 years old or younger (第2号保険者 Category 2 Insured Person) <input type="checkbox"/> その他 Other ()			
住所 Address 【アパート名・部屋番号まで記入して下さい Include Apt/ House/ Room #】	〒(Postal Code) 沖縄市 Okinawa City	電話番号 Telephone #		
フリガナ		自治会 Community Association		
氏名 Full Name	男 M 女 F	住民CD		
	生年月日 DOB	明・大・昭・平	年(YY) 月(MM) 日(DD)	
	保険 Insurance	保険有・生保・無保険 Insured・Life Insurance・None		
(Persons whose medical information is to be included) 同居家族 Shared Household (医療情報を入れる方)	フリガナ	住民CD		
	氏名 Full Name	男 M 女 F	続柄 Relationship ()	
		生年月日 DOB	明・大・昭・平	年(YY) 月(MM) 日(DD)
		保険 Insurance	保険有・生保・無保険 Insured・Life Insurance・None	
	フリガナ	住民CD		
	氏名 Full Name	男 M 女 F	続柄 Relationship ()	
	生年月日 DOB	明・大・昭・平	年(YY) 月(MM) 日(DD)	
	保険 Insurance	保険有・生保・無保険 Insured・Life Insurance・None		
フリガナ	住民CD			
氏名 Full Name	男 M 女 F	続柄 Relationship ()		
	生年月日 DOB	明・大・昭・平	年(YY) 月(MM) 日(DD)	
	保険 Insurance	保険有・生保・無保険 Insured・Life Insurance・None		
備考 Notes	■保管場所 Storage 1. 冷蔵庫 Refrigerator 2. その他 Other ()			

《個人情報について Regarding personal information》

同意欄 Consent Field	救急医療情報キット配布申請書に記載されている情報を、必要時関係者へ開示することに同意します。I consent to have the personal information written on this form disclosed to related affiliates if necessary.		
	本人署名 Individual's Signature	代筆者氏名 Name of the person who filled out this form on behalf of the individual.	続柄 Relationship ()