同意書兼参加申込書

次の事項に同意の上、山梨県が実施する電子版かかりつけ連携手帳電子決済モデル推進事業（以下「モデル事業」という。）への参加を申し込みます。

1. 山梨県、医療機関、市町村及び一般社団法人電子版かかりつけ連携手帳推進協議会が、モデル事業における電子決済処理（※）の実施に当たり必要な範囲内で、私の個人情報を利用すること。

※　医療機関で受診した際の医療費（一部負担金）の支払について、県が指定するスマートフォン決済アプリを利用して決済処理を行い、後日、市町村から助成金を受領した預金口座から、医療機関の口座へ振替を行う処理

1. 山梨県が、事業の効果検証等を行うため、モデル事業期間を含む私の過去の医療費等について市町村から提供を受けること（個人が特定されないように取り扱うこと）。

令和　　　年　　　月　　　日

住所

（フリガナ）

氏名

受給者番号

生年月日　　　　昭和・平成　　　年　　　月　　　日

電話番号

＜個人情報収集・利用目的＞

* 収集した個人情報の取扱について、個人情報の保護に関する法律及び山梨県個人情報保護条例（以下、「条例」という。）の規定に基づき、モデル事業の遂行に必要な範囲内で利用し、目的外の利用はしません。
* 個人情報の収集目的を越えた利用及び実施機関（※）以外への提供は、条例で定める場合を除き、一切行いません。

※　実施機関：知事、議会、教育委員会、選挙管理委員会、人事委員会、監査委員、公安委員会、労働委員会、収用委員会、内水面漁場管理委員会、公営企業管理者及び警察本部長並びに県が設立した地方独立行政法人をいう。