

はあとふるサポート入会・機器貸与申込書

西暦20 年 月 日

貴社の会員規約を承認し、記載事項が事実と相違ないことを確認の上、利用を申し込みます。
 貴社の会員規約第1章第4条（個人情報の取扱い）について同意の上、利用申込みをします。
 記載内容について緊急時等の対応を円滑に行うため、消防・警察・医療機関等、並びに業務委託会社へ提供することに同意します。
 会社は下記物件を契約者にレンタルし、会員は下記条件で検査完了の上これを貸受けます。

氏名

印

申込日 西暦20 年 月 日

業務提供期間 西暦20 年 月 日から20 年 月 日

FIC名 担当者名

契約者

フリガナ
名前 生年月日 明治 大正 昭和 年 月 日

住所 フリガナ

TEL ()
FAX ()
携帯 ()

氏名	住所	電話	関係	鍵預り
				有・無
				有・無
				有・無

会員

フリガナ
名前 生年月日 明治 大正 昭和 年 月 日 (歳)

住所 フリガナ

TEL ()
FAX ()
携帯 ()

性別 男・女 総家族人数 人

病院

名称	科目	所在地	電話	診察券番号
	科			
	科			
	科			

自動払込利用申込書（郵便局） 収 加

私は、ホームネット株式会社から請求された金額を私名義の下記の郵便貯金口座から自動払込によって支払うこととしたいので、預金口座規定を確認のうえ依頼します。

収納代行会社 **ホームネット株式会社**

平成 年 月 日

通帳記号	通帳番号（右詰めで記入）
1 0 の	

口座名義 (フリガナ) 届 出 印

加入申込人 (フリガナ) 印

払込先口座番号 00120-8-153955 払込先加入者 ホームネット株式会社

払込開始月 平成 年 月 から 払込日 27日 日曜・祝日等休業日の場合は翌営業日 再払込日 3日

*自動払込利用申込書に不備がありましたら、該当箇所に○印をつけて下記までご送付ください。

1 印鑑相違	4 印鑑不鮮明
2 口座番号相違	5 口座なし
3 名義人相違	6 その他 ()

機器仕様

号機番号 キーボックス 有(暗証番号)・無

呼出握りボタン 台 パス・トイレコールボタン 台

進入方法

健康・医療等に関する事項

健康保険証	種別	名義	記号	番号
血液型	RH式 RH + - ABO式 A型 B型 O型 AB型			
体温・血圧	平熱 度 平常時血圧 上 下			
特異体質	有無 ①じんま疹 ②瘰れん ③喘息 ④その他 ()			
薬物アレルギー	有無 ①抗生剤 ②解熱・鎮痛剤 ③麻酔剤 ④その他 ()			
既往症及び持病・病歴	有無 ①高血圧性疾患 ②心疾患 ③胃腸炎 ④脳血管疾患 ⑤悪性新生物 ⑥神経痛 ⑦神経炎 ⑧胃炎・ネフローゼ ⑨喘息 ⑩てんかん ⑪黄疸 ⑫結核 ⑬白内障・緑内障 ⑭糖尿病 ⑮その他 ()			
常用薬	有無 ①インシュリン ②抗てんかん剤 ③経口糖尿病薬 ④拡張剤 ⑤降圧剤 ⑥ニトログリセリン ⑦その他 ()			
補助具	有無 ①冠ペースメーカー ②血液透析中 ③コンタクトレンズ ④その他 ()			
身体障害	有無 (障害箇所) (種別) (等級) (手帳番号)			

機器利用料

月額基本利用料	円
オプション利用料	円
合計	円 消費税 円
消費税込料金	円

第1回目お支払金額

月額基本利用料×2	円
オプション利用料	円
合計	円 消費税 円
消費税込料金	円

※第2回目以降は、毎月27日に上記の金額をお支払い頂きます。

※第1回目は、業務開始日の翌々月27日に上記の金額をお支払い頂きます。

特記事項

【お問合せ窓口】 受付時間 午前9時～午後6時 (土・日・祝日・年末年始を除きます。)

ホームネット株式会社 居住支援サービス事業部
 〒162-0045
 東京都新宿区馬場下町1-1 早稲田SIAビル5F
 電話番号：03-5285-4538