



とっても
簡単!

マイナンバーカード

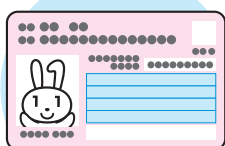
1



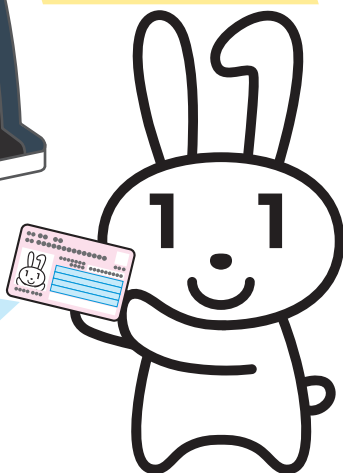
受付



マイナンバーカードを
カードリーダーに
置いてください。



マイナンバーカード



2

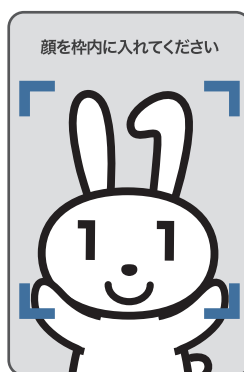


本人確認

顔認証または
4桁の暗証番号を入力してください。

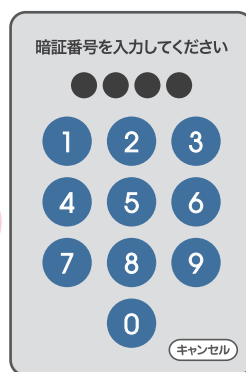
顔認証

顔を枠内に入れてください



暗証番号

暗証番号を入力してください



or

3



同意の確認

診察室等での診療・服薬・健診情報の
利用について確認してください。

過去の情報を
利用いたします

過去の手術以外の診療・お薬情報を
当機関に提供することに同意しますか。
この情報はあなたの診察や健康管理
のために使用します。

同意しない

同意する

(40歳以上対象)
過去の情報を
利用いたします

過去の健康情報を当機関に提供す
ることに同意しますか。
この情報はあなたの診察や健康管
理のために使用します。

同意しない・40歳未満

同意する

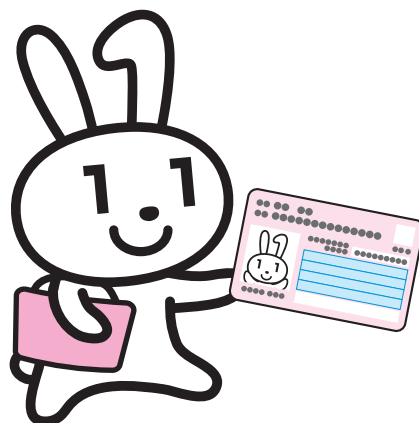
※高額療養費制度をご利用される方は、続けて確認・選択をお願いします。

4



受付完了

お呼びするまでお待ちください。



カードを忘れずに!

医療DXを通じた質の高い医療の提供にご協力ください。



とっても
簡単!

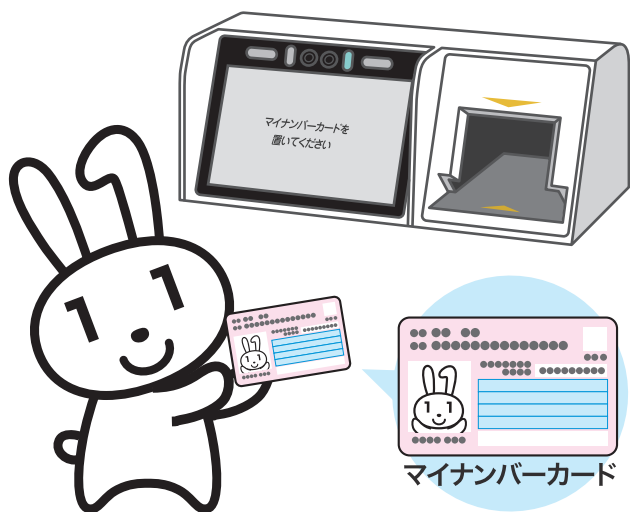
マイナンバーカード

1



受付

マイナンバーカードをカードリーダーに
置いてください。



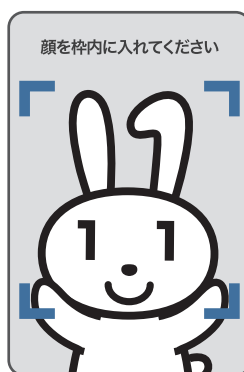
2



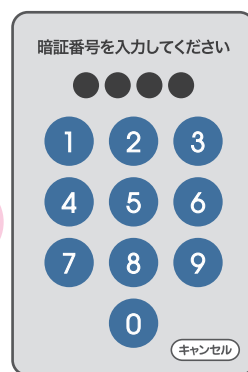
本人確認

顔認証または
4桁の暗証番号を入力してください。

顔認証



暗証番号



or

3



同意の確認

診察室等での診療・服薬・健診情報の
利用について確認してください。

過去の情報を
利用いたします

過去の手術以外の診療・お薬情報を
当機関に提供することに同意し
ますか。
この情報はあなたの診察や健康管
理のために使用します。

同意しない

同意する

(40歳以上対象)
過去の情報を
利用いたします

過去の健康情報を当機関に提供す
ることに同意しますか。
この情報はあなたの診察や健康管
理のために使用します。

同意しない・40歳未満

同意する

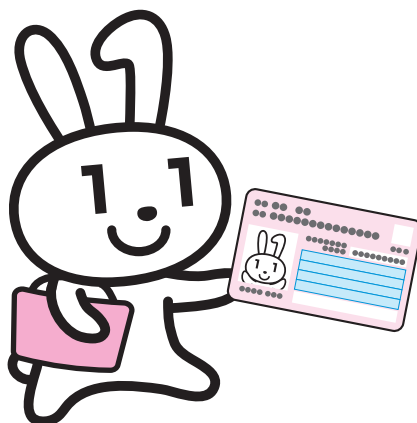
※高額療養費制度をご利用される方は、続けて確認・選択をお願いします。

4



受付完了

お呼びするまでお待ちください。



カードを忘れずに!

医療DXを通じた質の高い医療の提供にご協力ください。



とっても
簡単!

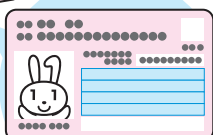
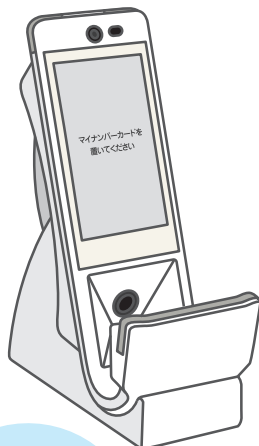
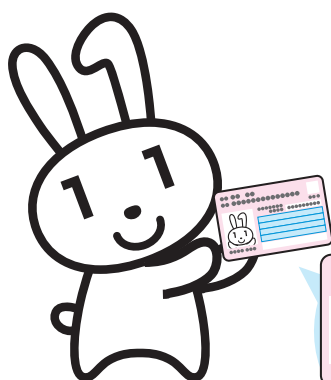
マイナンバーカード

1



受付

マイナンバーカードを
カードリーダーに
置いてください。



マイナンバーカード

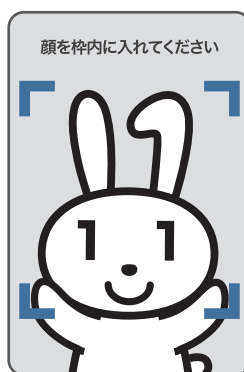
2



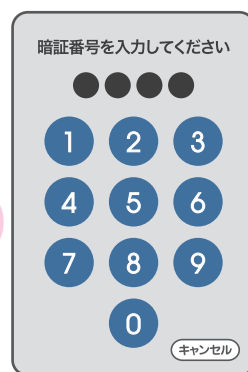
本人確認

顔認証または
4桁の暗証番号を入力してください。

顔認証



暗証番号



or

3



同意の確認

診察室等での診療・服薬・健診情報の
利用について確認してください。

過去の情報を
利用いたします

過去の手術以外の診療・お薬情報を
当機関に提供することに同意し
ますか。
この情報はあなたの診察や健康管
理のために使用します。

同意しない

同意する

(40歳以上対象)
過去の情報を
利用いたします

過去の健康情報を当機関に提供す
ることに同意しますか。
この情報はあなたの診察や健康管
理のために使用します。

同意しない・40歳未満

同意する

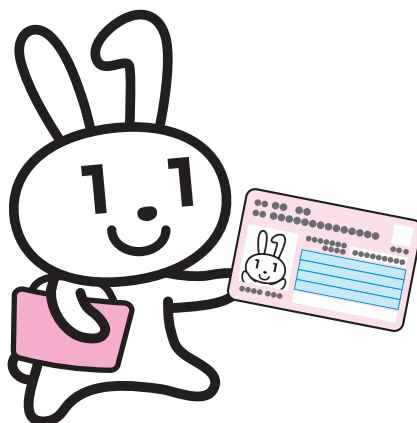
※高額療養費制度をご利用される方は、続けて確認・選択をお願いします。

4



受付完了

お呼びするまでお待ちください。



カードを忘れずに!

医療DXを通じた質の高い医療の提供にご協力ください。



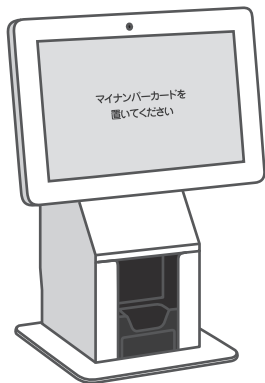
とっても
簡単!

マイナンバーカード

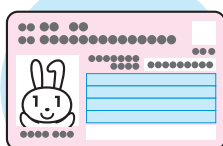
1



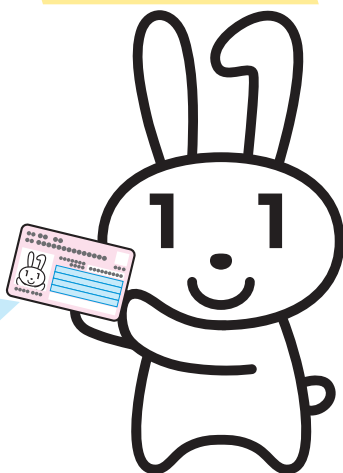
受付



マイナンバーカードを
カードリーダーに
置いてください。



マイナンバーカード



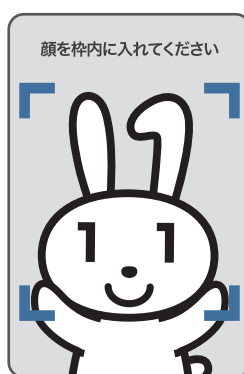
2



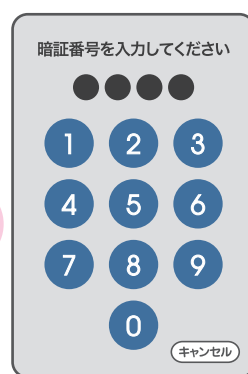
本人確認

顔認証または
4桁の暗証番号を入力してください。

顔認証



暗証番号



or

3



同意の確認

診察室等での診療・服薬・健診情報の
利用について確認してください。

過去の情報を
利用いたします

過去の手術以外の診療・お薬情報を
当機関に提供することに同意しますか。
この情報はあなたの診察や健康管理
のために使用します。

同意しない

同意する

(40歳以上対象)
過去の情報を
利用いたします

過去の健康情報を当機関に提供す
ることに同意しますか。
この情報はあなたの診察や健康管
理のために使用します。

同意しない・40歳未満

同意する

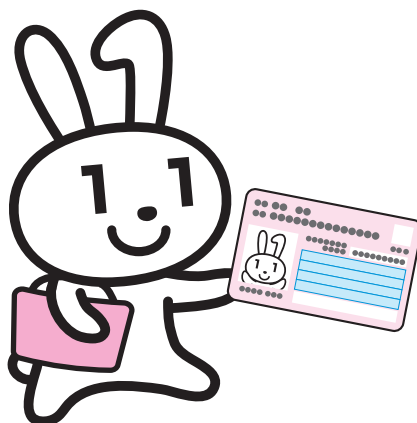
※高額療養費制度をご利用される方は、続けて確認・選択をお願いします。

4



受付完了

お呼びするまでお待ちください。



カードを忘れずに!

医療DXを通じた質の高い医療の提供にご協力ください。