

開示依頼書

年 月 日

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 あて

氏名

住所又は居所 〒

電話番号 () -

次のとおり、死者に関する保有個人情報の開示を依頼します。

| | | | |
|------------------|--|--|------------|
| 開示依頼に係る保有個人情報の内容 | | | |
| 希望する開示の方法 | <input type="checkbox"/> 窓口における閲覧又は視聴（実施の希望日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 窓口における写しの交付（実施の希望日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 写しの送付（郵送） | | |
| 開示依頼者の種別 | <input type="checkbox"/> 遺族（続柄： ） <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意代理人 | | |
| 本人の氏名等 | (ふりがな) | | 生年月日 年 月 日 |
| | 本人の氏名 | | 被保険者番号 |
| | 本人の住所 又は居所 | | |
| ※請求者本人確認書類 | <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 在留カード、特別永住者証明書又は特別永住者証明書とみなされる外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| ※遺族であることの確認書類 | <input type="checkbox"/> 戸籍全部（個人）事項証明書 <input type="checkbox"/> 住民票（除票） <input type="checkbox"/> その他 | | |
| ※法定代理人資格確認書類 | <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| ※任意代理人資格確認書類 | <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |

(注)

- 「開示依頼に係る保有個人情報の内容」の欄は、文書等の件名又はあなたが知りたいと思う個人情報が特定できるように具体的に記入してください。
- には該当するものに「レ」印を記入してください。
- 請求の際には、死者の死亡の事実及び当該死者の遺族であることを証明する書類及び開示依頼者本人であることを証明する書類（免許証、旅券等）を提出し、又は提示してください。
- 法定代理人又は任意代理人が請求する場合には、注3の書類のほか代理権を有することを証する書類を提出し、又は提示してください。
- 請求書を送付して請求する場合には、加えて住民票を提出してください（30日以内に作成されたものに限る）。
- ※印のある欄は、記入しないでください。