

開示請求書

令和〇年〇〇月〇〇日

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 宛

氏名 広域 太郎
住所又は居所 〒650-0021
神戸市中央区三宮町 1 丁目 9 番 1-1201 号
電話番号 (078) 940 - 5501

個人情報の保護に関する法律（平成 1 5 年法律第 5 7 号）第 7 7 条第 1 項の規定に基づき、次のとおり保有個人情報の開示を請求します。

開示請求に係る保有個人情報の内容	令和〇年〇〇月から令和〇年〇〇月の診療歴			
希望する開示の方法	1 事務所における開示の実施を希望する。 ＜実施の方法＞ ☐ 視聴又は閲覧 ☒ 写しの窓口交付（ ☒ 白黒 ☐ カラー） ☐ 光ディスクの窓口交付 ＜実施の希望日＞ 令和〇年〇〇月〇〇日			
	2 送付による開示の実施を希望する。 ＜実施の方法＞ ☐ 写しの交付（ ☐ 白黒 ☐ カラー） ☐ 光ディスクの交付			
開示請求者の種別	☐ 本人 ☐ 法定代理人 ☒ 任意代理人			
被保険者の氏名等	(ふりがな)	こういき はなこ	生年月日	S〇年〇〇月〇〇日
	氏名	広域 花子	被保険者番号	1234567
	住所又は居所	〒650-0021 神戸市中央区三宮町 1 丁目 9 番 1-1201 号		

実施希望日が確定していないときは、空欄で可

代理人が請求する場合に記入してください。
生年月日・被保険者番号は、わからなければ、空欄でも可能です。

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
ように具体的に記入してください。
のに「レ」印を記入してください。
は、実施機関の定めるところによりますので、希望する方法に対応
ります。
等」の欄は、法定代理人又は任意代理人による請求の場合に記入してくださ

- 5 請求の際には、本人又は法定代理人若しくは任意代理人であることを証明する書類（運転免許証、個人番号カード等）を提出し、又は提示してください。
- 6 法定代理人又は任意代理人が請求する場合には、注 5 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。
- 7 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（3 0 日以内に作成されたものに限る）。

(職員記入欄)

請求者本人 確認書類	☐ 運転免許証 ☐ 個人番号カード ☐ 在留カード ☐ 特別永住者証明書 ☐ その他広域連合長が適当と認める書類（次の第1号から第4号までに掲げる書類） (1) 資格確認書（資格情報のお知らせは除く。） (2) 住民基本台帳カード (3) 身分証明書（弁護士、保険調査員等） (4) その他（ ）
法定代理人 確認書類	☐ 登記事項証明書 ☐ 家庭裁判所の証明書 ☐ その他（ ）
任意代理人 確認書類	☐ 委任状 ☐ 印鑑登録証明書 ☐ その他（ ）
送付による 請求の場合	☐ 住民票の写し（申請日の30日以内に取得したものに限る。コピー不可。）