

開示請求書

令和〇年 〇月〇〇日

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 あて

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15年法律第57号）第77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	令和〇年〇月から令和〇年〇月の診療歴			実施希望日が確定していないときは、空欄で可
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 checked="" type="checkbox"/> 窓口における写しの交付（実施の希望日： 〇年 〇月 〇日） <input type="checkbox"/> 写しの送付（郵送）			
開示請求者の種別	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input checked="" type="checkbox"/> 任意代理人			
本人の氏名等	(ふりがな)	こういき はなこ	生年月日	〇年 〇月 〇日
	本人の氏名	広域 花子	被保険者番号	1234567
※請求者本人の書類	本人の住所又は居所	〒650-0021 神戸市中央区三宮町 1 丁目 9 番 1-1201 号		
	<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（ ）			
	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他（ ）			

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。

- 「開示請求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。
 - 「本人の氏名等」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い。
 - 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（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4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。