

保有個人情報開示請求書

年 月 日

北播磨総合医療センター企業団
企業長様

(ふりがな)

氏名

住所又は居所 〒 _____ Tel ()

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、下記のとおり生存者・死者の保有個人情報の開示を請求します。

記

1 開示を請求する保有個人情報（具体的に特定してください。）

--

2 求める開示の実施方法等（本欄の記載は任意です。）

ア又はイに○印を付してください。

ア 北播磨総合医療センターにおける開示の実施を希望する。※チェックがない場合は、印刷物での開示の方が安価な場合を除き、光ディスクに複製した写しを交付します。 <実施の方法> <input type="checkbox"/> 写しの交付（ <input type="checkbox"/> 印刷物として出力したもの <input type="checkbox"/> 光ディスクに複製したもの） <input type="checkbox"/> その他（_____）
イ 写しの送付を希望する。（診療録の開示においては郵送対応を行っていません） <郵送方法> <input type="checkbox"/> 特定記録 <input type="checkbox"/> 簡易書留 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> その他（_____）

3 本人確認等

ア 開示請求者 <input type="checkbox"/> 本人（_____年 月 日生） <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意代理人			
イ 請求者本人確認書類 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 資格確認書（健康保険資格確認書） <input type="checkbox"/> 個人番号カード（住所記載のあるもの） <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（_____） ※送付して請求をする場合には、加えて住民票の写し（ただし、開示請求の前30日以内に作成されたものに限ります。複写物不可）等を添付してください。			
ウ 当該請求に係る死者の死亡確認等 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他（_____）			
エ 患者等の本人の状況等（法定代理人又は任意代理人が請求する場合にのみ記載してください。） (ア) 本人の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者 <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 任意代理委任者 (ふりがな) (イ) 本人の氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 (ウ) 本人の住所又は居所 _____ Tel () _____			
オ 法定代理人が請求する場合の必要書類 請求資格確認書類 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他（_____）			
カ 任意代理人が請求する場合の必要書類 請求資格確認書類 <input type="checkbox"/> 委任状開示 <input type="checkbox"/> 開示請求者本人確認書類 <input type="checkbox"/> その他（_____） ※任意代理人の資格を証明する委任状は、開示請求の前30日以内に作成されたものに限ります。			
受付年月日 _____ 年 月 日	決定期限 _____ 年 月 日	請求番号 _____	所管課 _____