

保有個人情報開示請求書

年 月 日

市立大町総合病院 殿

(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～ウに○印を付してください。ウを選択された場合は、実施の方法及び希望日を記載してください。

ア 写しの交付を希望する。

イ 写しの送付を希望する。

ウ 事務所において閲覧（写しの交付）の実施を希望する。

＜実施の希望日＞ 年 月 日

3 本人確認等

ア 開示請求者 ☐ 本人 ☐ 法定代理人 ☐ 任意代理人

イ 請求者本人確認書類
☐ 運転免許証 ☐ 健康保険被保険者証
☐ 個人番号カード又は住民基本台帳カード（住所記載のあるもの）
☐ 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
☐ その他（ ）

※ 請求書を送付して請求をする場合には、加えて住民票の写しを添付してください。

ウ 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 ☐ 未成年者（ 年 月 日生） ☐ 成年被後見人 ☐ 任意代理人
(イ) 本人の氏名 _____
(ウ) 本人の住所又は居所 _____

エ 法定代理人が請求する場合、次のいずれかの書類を提示又は提出してください。
請求資格確認書類 ☐ 戸籍謄本 ☐ 登記事項証明書 ☐ その他（ ）

オ 任意代理人が請求する場合、次の書類を提出してください。
請求資格確認書類 ☐ 委任状

* この欄は記入しないでください。

受 理 年 月 日	年 月 日	受 付 担 当	
決 定 期 限	年 月 日	本人確認等済	
備 考			

< 記 載 に 当 た っ て の 注 意 事 項 >

- 1 「氏名」, 「住所又は居所」
あなたの氏名(旧姓も可), 住所又は居所を記載してください。
ここに記載された氏名及び住所又は居所により開示決定通知等を行うことになりますので, 正確に記入してください。
また, 連絡を行う際に必要になりますので, 電話番号も記載してください。
なお, 法定代理人又は任意代理人(以下「代理人」という。)による開示請求の場合には, 代理人の氏名, 住所又は居所, 電話番号を記載してください。
- 2 「開示を請求する保有個人情報」
開示を請求する保有個人情報が記録されている文書や, 個人情報ファイルの名称など, 開示請求する保有個人情報を特定できるような情報を具体的に記載してください。
- 3 「求める開示の実施方法等」
開示を受ける場合の, 開示の実施方法(当院施設内における開示の実施の方法, 当院施設内における開示を希望する場合の希望日又は写しの送付)について, 希望がありましたら記載してください。
なお, 開示の実施の方法等については, 開示決定後に提出していただく「保有個人情報開示実施申出書」により, 別途申し出ることができます。
- 4 手数料の納付について
開示請求をされる場合には, 保有個人情報開示請求書対象者1件につき5,500円を現金又は振込により納付していただくこととなります。
詳しくは, 開示請求窓口を確認してください。
- 5 本人確認書類等
 - (1) 窓口における開示請求の場合
窓口において開示請求をする場合, 本人確認のため, 運転免許証, 健康保険の被保険者証, 個人番号カード(住民基本台帳カード(注), ただし個人番号通知カードは不可), 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等の住所・氏名が記載されている書類を提示・提出してください。どのような書類が本人確認書類に当たるのか分からない場合や, 本人確認書類の提示・提出ができない場合は, 開示請求窓口事前に相談してください。
(注) 住民基本台帳カードは, その効力を失うか, 個人番号カードの交付を受ける時まで個人番号カードとみなされ, 引き続き使用可能です。
 - (2) 送付による開示請求の場合
保有個人情報開示請求書を送付して保有個人情報の開示請求をする場合には, (1)の本人確認書類を複写機により複写したものに併せて, 住民票の写し(開示請求の前30日以内に作成されたものに限ります。)を提出してください。住民票の写しは, 市区町村が発行する公文書であり, その複写物による提出は認められません。住民票の写しが提出できない場合は, 開示請求窓口事前に相談してください。
なお, 個人番号カードを複写機により複写したものを提出する場合は, 表面のみ複写し, 住民票の写しについては, 個人番号の記載がある場合, 当該個人番号を黒塗りしてください。
また, 被保険者証を複写機により複製したものを提出する場合は, 保険者番号及び被保険者等記号・番号を黒塗りにしてください。
 - (3) 代理人による開示請求の場合
「本人の状況等」欄は, 代理人による開示請求の場合にのみ記載してください。必要な記載事項は, 保有個人情報の本人の状況, 氏名, 本人の住所又は居所です。
代理人のうち, 法定代理人が開示請求をする場合には, 戸籍謄本, 戸籍抄本, 成年後見登記の登記事項証明書その他法定代理人であることを証明する書類(開示請求の前30日以内に作成されたものに限ります。)を提示又は提出してください。なお, 戸籍謄本その他法定代理人であることを証明する書類は, 市区町村等が発行する公文書であり, その複写物による提示又は提出は認められません。

代理人のうち、任意代理人が開示請求をする場合には、委任状（開示請求の前30日以内に作成されたものに限りします。）を提出してください。ただし、①委任者の実印により押印した上で、印鑑登録証明書（開示請求の前30日以内に作成されたものに限りします。）を添付するか又は②委任者の運転免許証、個人番号カード（個人番号通知カードは不可）等、本人に対し一に限り発行される書類の写しを併せて提出してください。なお、委任状は、その複写物による提出は認められません。

開示窓口・問い合わせ先

市立大町総合病院 医療情報部 診療情報管理室
〒398-0002 長野県大町市大町 3130
TEL 0261-22-0415
FAX 0261-22-7948