

死亡者に関する情報開示請求書

年 月 日

地方独立行政法人市立吹田市民病院

理事長 あて

申出者 住 所

申出者 ^{ふり} ^{がな} 氏 名

申出者 生年月日 年 月 日

申出者 電話番号

地方独立行政法人市立吹田市民病院 個人情報保護規程取扱要綱第7条の規定に基づき、下記のとおり情報の開示を請求します。

開示を請求する情報の内容（具体的に特定して下さい。）	診療科 <input type="checkbox"/> 全 科 <input type="checkbox"/> 指定あり（ ）		
	対象期間 <input type="checkbox"/> 全期間 <input type="checkbox"/> 指定あり（ 年 月 日～ 年 月 日）		
	<input type="checkbox"/> 診療記録・検査結果 <input type="checkbox"/> X線・CT・MRI等画像（CD-R） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	開示請求理由（ ）		
開示を求める者の氏名・生年月日（死者）	氏名	生年月日	年 月 日
求める開示の実施方法等	<p>（ア、イ、ウのいずれかに○を付けて下さい。）</p> <p>ア 当院における開示の実施を希望 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> その他（ ）</p> <p>イ 電子情報処理組織を使用した開示を希望</p> <p>ウ 写しの送付を希望</p>		
請求者本人確認等	<p>ア 開示請求者 <input type="checkbox"/>遺族（父母、配偶者、子または2親等内の血族） <input type="checkbox"/>ご遺族の方が未成年者または成年被後見人である場合の法定代理人 <input type="checkbox"/>ご遺族の方が開示請求について委任を受けた任意代理人 <input type="checkbox"/>上記遺族に該当する方以外で、死者から財産に関する権利義務を相続した方等</p>		
	<p>イ 請求者本人確認書類（記載要領「5.本人確認書類について」を必ずご確認下さい） <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 個人番号カードまたは住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 在留カード等 <input type="checkbox"/> その他（ ） ※請求書を送付して請求する場合には、加えて住民票の写し等を添付して下さい。</p>		
	<p>ウ 開示される者の死亡の事実が確認できる書類 <input type="checkbox"/> 住民票（除票） <input type="checkbox"/> 死亡診断書 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他（ ） ※当院で死亡診断をした場合は省略可</p>		

受付整理番号	受付者

開示請求者が ご遺族	ご遺族の方であることが確認できる書類 □ 戸籍謄本（開示請求をする前 30 日以内に作成された原本に限る。）
開示請求者が 法定代理人	法定代理人であることを証明する書類 □ 戸籍謄本 □ 住民票 □ 登記事項証明書 □ その他（ ）
開示請求者が 任意代理人	任意代理人であることを証明する書類 □ ご遺族の方の署名、押印のある委任状 （開示請求をする日、前 3 日以内に作成された原本に限ります。）
死者から財産 に関する権利 義務を相続し た方等	□ 死亡者の財産が帰属していることを証明する書類 （不動産登記書、契約書、遺言書、遺産分割協議書などいずれか 1 点） □ 相続人であることを確認できる書類 （相続人であることがわかる戸籍謄本、相続人であることを証明する書類など いずれか 1 点）

- 注 1 □のある欄は、該当する□内にレ印を記入してください。
- 2 写しの作成、郵送等に要する費用は、申出者の負担となります。
- 3 本人確認書類（運転免許証、個人番号カード等の氏名・住所の記載がある顔写真付きであれば 1 点。これらがなく、保険証等の場合は 2 点以上の本人確認書類）が必要です。
- 4 郵送で本人確認書類等の写しを添付する場合は、個人番号や保険証の記号・番号、基礎年金番号は黒塗りしてください。