

保有個人情報開示請求書

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

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。

開示を請求する保有個人情報の内容（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（ ）		
求める開示の実施方法等	（ア、イ、ウのいずれかに○を付けて下さい。） 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（ ） イ 電子情報処理組織を使用した開示を希望 ウ 写しの送付を希望		
請求者本人確認等	ア 開示請求者 <input type="checkbox"/> 本 人 <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（記載要領「4. 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。		
開示される者の状況等 （法定代理人または任意代理人請求の場合のみ記入して下さい。）	開示される者の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者（ 年 月 日生） <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 任意代理人委任者		
	ふりがな 氏 名	電話番号	
		生年月日	年 月 日
	住 所		
法定代理人が請求する場合、次のいずれかの書類を提示または提出してください。 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（ ）			
任意代理人が請求する場合は、次のいずれかの書類を提示または提示してください。 請求資格確認書類 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他（ ）			

受付整理番号	受付者

- 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。