

# 保有個人情報開示請求書

平成 年 月 日

奈良県後期高齢者医療広域連合長 様

郵便番号

請求者 住 所

氏 名

電話番号 ( )

奈良県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第12条第1項又は第2項の規定により、次のとおり保有個人情報の開示を請求します。

請求する行政文書の名称又は保有個人情報の内容	・診療報酬明細書等 受診者氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 性別 <u>男</u> ・女 被保険者証（被保険者番号） _____ 保険医療機関等の名称 _____ ・診療年月（平成 _____ 年 _____ 月 診療分） ・区分（1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他）	
開示の方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
法定代理人が請求する場合	本人の未成年者又は成年被後見人の別	<input checked="" type="checkbox"/> <del>未成年者</del> <input type="checkbox"/> 成年被後見人
	本人の氏名・住所・連絡先	氏 名 _____ 郵便番号 _____ 住 所 _____ 電話番号 _____

注1 請求する際には、本人であることを示す書類（運転免許証、旅券等）を提出し、又は提示してください。

2 法定代理人が請求する場合は、法定代理人に係る上記1の書類のほか、その資格を証明する書類（戸籍謄本、登記事項証明書等）を提出し、又は提示してください。なお、開示を受ける前にその資格を喪失したときは速やかに書面で届け出てください。

※職員記入欄

本人等の確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※法定代理人 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書	受付
担当課(係)名	電話 _____ 内線 _____	
備 考		