

保有個人情報開示請求書

令和5年 4月 1日

稲沢市病院事業管理者 殿

(ふりがな)

氏 名 稲沢 太郎

住所又は居所

〒492-8137 愛知県稲沢市長東町沼100番地 Tel0587 (32) 2111

記載年月、氏名、住所又は居所、電話番号を記載

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。）

令和〇年のカルテ全て 20〇〇年の〇月〇日の検査結果 など

- 2 求める開示の実施方法等（本欄の記載は任意です。）

ア又はイに〇印を付してください。アを選択した場合は、実施の方法及び希望日を記載してください。

ア 窓口における開示の実施を希望する。

観覧・写しの交付にチェック（双方でも可）

<実施の方法>

観覧 視聴取

写しの交付 → 希望する媒体 ※希望する媒体を〇で囲んでください。
【 紙（白黒）・紙（カラー）・電磁的記録（光ディスクなど） 】

<実施の希望日> _____ 年 _____ 月 _____ 日

イ 写しの送付を希望する。

送付を希望する場合は〇

診療録は紙（白黒）での提供となります

- 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等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

任意代理人委任者

(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し、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 その他（ _____ ）

ア～エ 該当する項目にチェック