

記入例

代理人確認書

年月日は空白で → 年 月 日

国家公務員共済組合連合会
大手前病院長 殿

私は、私の個人情報に関する

開示請求

訂正・追加・削除請求

利用停止請求

(上記のいずれかを○で囲む)

につき、下記の者を私の代理人と定めたことを認めます。

【代理人】

| | |
|------------|--|
| フリガナ 氏名 | 〇〇〇〇保険(株) と ご担当者名 〇〇〇〇法律事務所 と ご担当者名 |
| 患者との関係 | 保険会社・代理人弁護士 |
| 住所 | 会社の所在地 |
| 電話番号 | 会社の電話番号 や ご担当者携帯電話番号 |

ご提出いただく書類は、個人情報開示等請求書・代理人確認書 の2種類が必要です。
また、代理人の身分証明書のコピーと代理人を示す旨の委任状または同意書も併せて
ご提出ください。

※ 代理人(弁護士・保険会社)は、下記証明書のコピーをください

写真付社員証明書、運転免許証、写真付住民基本台帳カード、在留カード等の身分証明書を
提出してください。

患者 氏名 _____ 印
(自署)

ID番号 _____

既に委任状や同意書がある場合、
この欄の記載は不要です。

住所 _____

電話番号 _____

| 病院長 | 委員長 | 診療科部長 | 担当医 | 受付 |
|-----|-----|-------|-----|----|
| | | | | |