

記入例

個人情報開示等請求書

年月日は空白で → 年 月 日受付

I 開示等を求める本人の氏名等を記入してください。

ID: 記入不要

氏名	性別	生年月日
患者さんの氏名		

患者さま
の名前・
性別・生年
月日をご
記入お願
いします。

II 個人情報の開示等の請求について、該当する番号に○印を付けてください。

- 1 個人情報の利用目的の通知の請求 (法第 27 条第 2 項)
- ② 個人情報の開示の請求 (法第 28 条第 1 項)
- 3 個人情報の訂正、追加又は削除の請求 (法第 29 条第 1 項)
- 4 個人情報の利用停止の請求 (法第 30 条第 1 項、第 2 項)

III II の開示等の請求対象の種類について、該当する番号に○印を付けてください。

- 1 文書照会
- 2 画像
- 3 カルテ開示
- 4 その他

1～4のいずれかに○印を付けてください。

国家公務員共済組合連合会
大手前病院長 殿

個人情報の保護に関する法律 (平成 15 年法律第 57 号) に基づき、国家公務員共済組合連合会大手前病院が保有する個人情報の開示等を求めます。

住所 〒 〇〇〇—〇〇〇〇
大阪市中央区〇〇〇 〇丁目〇番〇号
氏名 〇〇〇〇保険 (株)・〇〇〇〇法律事務所
ご担当者名 及び ご担当者印
連絡先 会社の電話番号 や ご担当者携帯電話番号

★記入後、大手前病院 医療相談室 宛に郵送してください。
〒540-0008 大阪市中央区大手前 1-5-34 TEL06-6941-0484

* ご本人が開示請求される場合は個人情報開示請求書 1 枚です。
下記の証明書 (本人証明できるもの) を提出してください。
写真付社員証明書、運転免許証、健康保険の被保険者証、
写真付住民基本台帳カード、公的証明書をご提出ください。