様式第２号（第３条関係）

（表）

保 有 個 人 情 報 開 示 請 求 書

年　　月　　日

愛知県後期高齢者医療広域連合長　様

氏　　名
郵 便 番 号
住所（居所）
電 話 番 号

個人情報の保護に関する法律第77条第１項の規定により、次のとおり保有個人情報の開示請求をします。

※ 請求者の区分	１　本人 ２　本人の法定代理人 ３　本人の任意代理人
開示請求をする保有個人情報の内容	別紙 診療報酬明細書等開示請求(依頼)明細書のとおり
※ 開示の実施の方法等 （この欄の記載は任意です。）	１　事務所における開示の実施を希望する。 ＜実施の方法＞ □　閲覧 □　写しの交付 ＜実施の希望日＞ 年　月　日 ２　写しの送付を希望する。

（開示の実施の方法及び開示の実施の希望日については、希望に沿えない場合があります。）

請求者の本人確認書類等は、以下のとおりです。

ア　請求者本人確認書類
- □　運転免許証
- □　個人番号カード
- □　在留カード又は特別永住者証明書
- □　その他（　　）
- □　請求書を送付して請求をする場合は、加えて住民票の写し等（請求日前30日以内に作成されたものに限る。）を添付してください。

（裏）

イ　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（居所）

（エ）　本人の電話番号

ウ　法定代理人が請求する場合は、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（請求日前30日以内に作成されたもの）
□　登記事項証明書（請求日前30日以内に作成されたもの）
□　その他（　　）

エ　任意代理人が請求する場合は、次の書類を提示し、又は提出してください。

請求資格確認書類　□　委任状（請求日前30日以内に作成されたもの）
□　その他（　　）

次の欄は、記入する必要がありません。

担当課等	
備　　考	

注１　※印の欄は、該当する番号を○で囲んでください。
２　請求の際には、運転免許証等請求者本人であることを証明する書類の提示又は提出（送付による請求をする場合であって、請求者本人であることを証明する書類を提出するときは、これに加えて住民票の写し等）が必要です。
３　開示の実施の方法等欄及び請求者の本人確認書類等の各欄は、該当する□にレ印を付してください。
４　任意代理人が委任状を提出する場合は、委任者の実印により押印した上で印鑑登録証明書（請求日前30日以内に作成されたものに限る。）を添付し、又は委任者の運転免許証等本人に対し一に限り発行される書類の写しを併せて提出してください。委任状は、原本に限ります。