

保有個人情報開示請求書

年 月 日

神奈川県後期高齢者医療広域連合長 殿

(ふりがな)

氏名 \_\_\_\_\_

住所又は居所

〒

TEL ( ) \_\_\_\_\_

個人情報の保護に関する法律（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。）

2 求める開示の実施方法等（ア または イ のいずれかに  してください。）

※円滑な開示のために記載願います。

ア  写しの送付を希望する。

イ  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

その他 ( \_\_\_\_\_ )

3 開示請求者（該当するものに  してください。）

本人  法定代理人  任意代理人

法定代理人又は任意代理人が請求する場合にのみ下記に記載してください。

本人の状況等（該当するものに  してください。）

(ア) 本人の状況  成年被後見人  任意代理人委任者  その他

(イ) <sup>(ふりがな)</sup> 本人の氏名 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

(ウ) 本人の住所又は居所 \_\_\_\_\_

