

保有個人情報開示請求書

窓口に提出する日を記入してください。郵送の場合は、ポストに投函する日を記入してください。

〇〇 年〇〇月〇〇日

神奈川県後期高齢者医療広域連合長 殿

(ふりがな)
氏名

後期 太郎

この請求書を提出する人についてお書きください

住所又は居所

〒 221-0052

横浜市神奈川区栄町 100-1

TEL 045 (440) 6700

診療報酬明細書(レセプト)の場合はこのよう
にお書きください。
それ以外の場合は、請求するものを特定する必
要がありますので、おたずねください。

(15年法律第57号)第77条第1項の規
則の開示を請求します。
記
(以下に特定してください。)

広域花子に係る診療報酬明細書

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。

郵送による交付を希望する方は、こちら
に☑をつけてください。

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
送付 ☐その他 ()

(請求時に住民票の写し、交付時に郵送
代と写しの交付に係る実費が必要です。)

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) 本人の氏名 (ふりがな) 広域 花子 ()

(ウ) 本人の住所又は居所 横浜市神奈川区栄町8-1

4 請求に必要な確認書類

請求の際に本人等であることを証明する書類を提示し、または提出してください。

法定代理人又は任意代理人の方は ア とあわせて イ 又は ウ を提出してください。

ア 請求者本人確認書類（該当するものに☑してください。）

- 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
- 在留カード、特別永住者証明書
- 外国人登録証明書
- その他（ ）

この請求書を提出する方の本人確認書類のコピーを添付して、該当するものに☑をつけてください。

※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。

イ 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。（該当するものに☑してください。）

- 戸籍謄本
- 登記事項証明書
- その他（ ）

法定代理人の場合、法定代理人であることがわかる書類もあわせて添付してください。

ウ 任意代理人が請求する場合、次の①、②両方の書類を提出してください。（該当するものに☑してください。）

- ① 委任状
- その他（ ）
- ② 委任者の本人確認書類

任意代理人の場合、①委任状と②委任者の本人確認書類のコピーを添付してください。

- 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（ ）