

第1号様式(第6条関係)

保有個人情報(診療情報)開示請求書

年 月 日

大垣市民病院

開設者 大垣市長 様

氏名

〒

				-				
--	--	--	--	---	--	--	--	--

住所

連絡先

-

-

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、次のとおり保有個人情報(診療情報)の開示を請求します。

1 開示を請求する保有個人情報

<input type="checkbox"/> カルテ (	科) ( 入院 ・ 外来 )
年 月 日 ~	年 月 日
<input type="checkbox"/> 画像 (	科) ( 入院 ・ 外来 )
年 月 日 ~	年 月 日

2 求める開示の実施方法

ア 事務所における開示の実施を希望する。

☐ 閲覧 ☐ 写しの交付

イ 写しの送付を希望する。

3 本人確認等

ア 開示請求者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 法定代理人	<input type="checkbox"/> 任意代理人
イ 請求者本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
ウ 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のみ記載してください)	(ア) 本人の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者 ( 年 月 日生 ) <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 任意代理人委任者 ( ) (イ) 本人の氏名 _____ (ウ) 本人の住所又は居所 _____		
エ 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。	請求資格確認書類 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
オ 任意代理人が請求する場合、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 <input type="checkbox"/> 委任状(原本) <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※ 委任状は、開示請求の前30日以内に作成されたもので、実印が押印され開示請求の前30日以内に作成された印鑑登録証明書を添付する、又は委任者の運転免許証、個人番号カード等本人に対し一に限り発行される書類の写しを添付してください。		