

記入例（ご遺族の委任による任意代理人による請求の場合）

※赤字を参考に記入してください。

様式第8号（第6条関係）

個人情報開示請求書

令和元年9月10日

※請求日（発送日）を記入してください。

群馬県後期高齢者医療広域連合長

広域太郎…被保険者（開示請求
するレセプトに記載
されている者）
群馬一郎…被保険者の遺族の任
意代理人（請求者）
赤城花子…被保険者の遺族（請
求を委任した者）

請求者 郵便番号 371-0854

住所 群馬県前橋市大渡町一丁目10番地7

氏名 群馬 一郎

電話番号 027-256-7171

群馬県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第12条の規定により、次のとおり個人情報の開示を請求します。

開示請求に係る個人情報 の件名又は内容	（例）平成30年4月から令和元年6月までの診療等のすべてのレセプト ※請求したいレセプトが明確な場合は、「別紙「請求に係るレセプトについて」のとおり」と記入して下さい。
開示の方法	☐ 閲覧 ☐ 視聴 ☒ 写しの交付（ ☒ 郵送希望）※希望するものをチェックしてください

本人以外の方（代理人）が開示請求する場合には、次の欄にも記入してください。

個人情報の本人 の氏名及び住所	氏名 広域 太郎 ※亡くなられた時点での情報を記入してください。 住所 群馬県前橋市大渡町〇丁目〇番地〇 電話番号 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇
本人との関係	☐ 未成年者の法定代理人 ☐ 成年被後見人の法定代理人 ☒ その他（遺族である赤城花子の任意代理人）

- ※1 請求の際には、請求者自身であることを証明するために必要な書類（運転免許証、パスポート等）を提出又は提示してください。
- 2 代理人が請求する場合は、1の書類のほか、代理人であることを証明する書類を提出又は提示してください。

《職員記載欄》この欄には記入しないでください。

本人等の確認	☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ その他（ ） ☐ 代理人（ ）
所管課	電話番号 受付番号

※ 記入不要です。

請求に係るレセプトについて

被 保 険 者 に つ い て	被保険者番号	0123456
	フリガナ	コウイキ タロウ
	受診時の氏名	広域 太郎
	受診時の住所	群馬県前橋市大渡町〇丁目〇番地〇

番 号	診療年月	レセプト区分 (該当する番号に○)	保険医療機関等名
			所在地（市町村名まで）
1	平成30年12月 から令和2年1月	1 医科入院 2 医科外来	広域総合病院
		3 歯科 4 調剤 5 その他	前橋市
2	年 月	1 医科入院 2 医科外来 3 歯科 4 調剤 5 その他	
3	年 月	1 医科入院 2 医科外来 3 歯科 4 調剤 5 その他	
4	年 月	1 医科入院 2 医科外来 3 歯科 4 調剤 5 その他	
5	年 月	1 医科入院 2 医科外来 3 歯科 4 調剤 5 その他	
6	年 月	1 医科入院 2 医科外来 3 歯科 4 調剤 5 その他	
7	年 月	1 医科入院 2 医科外来 3 歯科 4 調剤 5 その他	
8	年 月	1 医科入院 2 医科外来 3 歯科 4 調剤 5 その他	
9	年 月	1 医科入院 2 医科外来 3 歯科 4 調剤 5 その他	
10	年 月	1 医科入院 2 医科外来 3 歯科 4 調剤 5 その他	

※明確でない場合は、可能な範囲で記入してください。