

記入例（本人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…広域連合が保有する
個人情報に係る個人
群馬一郎…広域連合が保有する
個人情報に係る個人
の任意代理人（請求
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	※個人情報に記載されている公文書の特定ができるよう具体的に記入してください。
開示の方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 視聴 <input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付（ <input checked="" type="checkbox"/> 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 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	<input type="checkbox"/> 未成年者の法定代理人 <input type="checkbox"/> 成年被後見人の法定代理人 <input checked="" type="checkbox"/> その他（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	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 代理人（ ）		
所管課	電話番号	受付番号	

※ 記入不要です。