

記入例（本人の任意代理人による請求の場合）

保有個人情報開示請求書

令和5年8月10日

※請求日（発送日）を記入してください。

（宛先）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）

請求者氏名 群馬 一郎

住所又は居所

〒371-0854

群馬県前橋市大渡町一丁目10番地7

（代理人が法人の場合にあつては、主たる事務所の
所在地、名称及び代表者の氏名）

電話番号 027-256-7171

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の開示を請求します。

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。）	後期高齢者医療高額療養費支給申請書
開示の実施方法 ご希望の□にチェックしてください。 例) 「■」 「レ」	1 <input type="checkbox"/> 閲覧、聴取又は視聴 2 <input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付 （ <input type="checkbox"/> 事務所における開示 開示を希望する日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 送付による交付 （希望する交付方法を上記2点からご選択ください。））
開示請求者の種別	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 遺族（氏名： ） <input type="checkbox"/> 本人・遺族（氏名： ）の法定代理人 <input checked="" type="checkbox"/> 本人・遺族（氏名： ）の任意代理人
本人の状況等 （遺族又は代理人による開示請求の場合のみ記入してください。）	1 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 checked="" type="checkbox"/> 任意代理人委任者 <input type="checkbox"/> 故人 2 本人の氏名 広域 太郎 3 本人の住所又は居所 群馬県前橋市大渡町〇丁目〇番地〇 4 本人の電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
※ 請求者本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他（ ）
※ 法定代理人資格確認書類	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ）
※ 任意代理人資格確認書類	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他（ ）

注 ※印の欄は、記入しないでください。

※記入不要です。