様式第２号（第３条関係）

保 有 個 人 情 報 開 示 請 求 書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（宛先）群馬県後期高齢者医療広域連合長

請求者氏名

住所又は居所

〒　　　-

代理人が法人の場合にあっては、主たる事務所の

所在地、名称及び代表者の氏名

電話番号

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。） |  |
| 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　 閲覧、聴取又は視聴  ２　 写しの交付　　 事務所における開示  開示を希望する日　　　年　　月　　日  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 | 本人　　 遺族（氏名：　　　　　　　）  本人・遺族（氏名：　　　　　　　）の法定代理人  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　 未成年者（　　　　年　　月　　日生）  成年被後見人  任意代理人委任者  故人  ２　本人の氏名  ３　本人の住所又は居所  ４　本人の電話番号 |
| ※　請求者本人確認書類 | 運転免許証　　 健康保険被保険証　  個人番号カード  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（　　　　　　　　　　　　　） |
| ※　法定代理人資格確認書類 | 戸籍謄本　　 登記事項証明書　　 その他（　　　　　） |
| ※　任意代理人資格確認書類 | 委任状　　  その他（　　　　　） |

　注　※印の欄は、記入しないでください。

別紙

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 |  |
| フリガナ |  |
| 受診時の氏名 |  |
| 受診時の住所 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | 年　月 | １　医科入院　　２　医科外来  ３　歯科　　４　調剤　　５　その他 |  |
|  |
| 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 |  |
|  |