

自己情報開示請求書

年 月 日

愛知県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 ㊞
 郵便番号
 住所(居所)
 電話番号

愛知県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第16条第1項の規定により、次のとおり保有個人情報の開示請求をします。

※ 請求者の区分	1 本人 2 本人の法定代理人 3 本人の任意代理人
開示請求をする保有個人情報の内容	別紙 診療報酬明細書等開示請求(依頼)明細書のとおり (行政文書の名称:)
開示の実施の方法 〔希望する方法を ○で囲んでくだ さい。〕	1 閲覧・視聴 2 写しの交付 (写しの郵便等による送付 希望する・希望しない)

法定代理人又は任意代理人の方が請求する場合は、次の欄にも記入してください。

本人	※ 法定代理 の 区 分	1 未 成 年 者 2 成年被後見人
	氏 名	
	住 所 (居 所)	電話

次の欄は、記入する必要がありません。

担 当 課 等	
備 考	

- 注1 ※印の欄は、該当する番号を○で囲んでください。
 2 請求の際には、運転免許証等本人であることを証明する書類の提示又は提出が必要です。
 3 法定代理人又は任意代理人の方が請求する場合は、2の書類のほか、戸籍謄本、本人の印鑑登録証明書を添付した委任状等その資格を証明する書類が必要です。
 4 任意代理人の方が請求する場合は、この請求書中「保有個人情報」とあるのは、「保有特定個人情報」と読み替えます。