

年 月 日

保有個人情報開示請求書

地方独立行政法人岐阜県総合医療センター理事長 様

氏名	(フリガナ)
住所	〒 —
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項の規定により、下記のとおり保有個人情報の開示を請求します。

記

1. 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。）

--

2. 求める開示の実施方法等（本欄の記載は、任意です。）

ア又はイに○印を付してください。アを選択した場合は、実施の方法及び希望日を記載してください。

(ア)個人情報窓口における開示の実施を希望する。 <実施の方法> <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <実施の希望日> 年 月 日 ※開示の実施の方法及び開示の実施の希望日については希望に沿えない場合があります。
(イ)写しの送付を希望する。

3. 本人確認等

(ア) 開示請求者 本人 法定代理人 任意代理人

(イ) 請求者本人確認書類

- 個人番号カード（マイナンバーカード）
 運転免許証 健康保険の資格確認書
 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（ ）

※請求書を送付して請求をする場合には、加えて住民票の写し等を添付してください。

(ウ) 患者本人の状況等（法定代理人又は任意代理人が請求する場合にのみ記載してください。）

患者本人の状況

- 未成年者 成年被後見人 死亡
 代理人に委任（患者本人との関係： ）

患者本人の氏名	(フリガナ)
生年月日	年 月 日生（ 歳）
患者本人の住所	〒 -
電話番号	- -

(エ) 法定代理人が請求する場合、次のいずれかの書類を提示又は提出してください。

請求資格確認書類 戸籍謄本 登記事項証明書 その他（ ）

(オ) 任意代理人が請求する場合、次の書類を提示又は提出してください。

請求資格確認書類 委任状 その他（ ）

※下の欄は記入する必要はありません。

本人等確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード（マイナンバーカード） <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険の資格確認書 <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	<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	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他（ ）
担当課等	担当課：医事課 担当：診療情報管理担当 電話番号：（ 058 ） 246 - 1111 [内線] 6012・6007
処理状況	年 月 日決定（ 開示 ・ 部分開示 ・ 不開示 ）