

個人情報開示依頼書

年 月 日

(実施機関)

_____様

(開示依頼者)

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

電話番号 _____

〔 法人等にあつては、主たる事務所の所在地
名称及び代表者の氏名を記名して下さい。 〕

次のとおり保有個人情報の開示を依頼します。

開示を受けたい保有個人情報の内容	
使用目的	
希望する開示の方法の区分	<input type="checkbox"/> 文書の閲覧 <input type="checkbox"/> 文書の写しの交付 <input type="checkbox"/> その他 ()
被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 遺族(未成年者・成年被後見人)の法定代理人 <input type="checkbox"/> 遺族の任意代理人
保険医療機関に開示についての意見を照会し、又は開示した旨を保険医療機関に連絡することに同意されますか。	同意する・同意しない
開示することが、被保険者の生前の意思や名誉との関係で問題ありませんか。	はい・いいえ
備考	