

保有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	☐ 文書の閲覧 ☐ 文書の写しの交付 ☐ その他（ ）
被保険者との関係	☐ 遺族 ☐ 遺族（未成年者・成年被後見人）の法定代理人 ☐ 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がありますか。	はい・いいえ
備　　　　　考	