

保有個人情報開示依頼書

令和〇〇年 △月 □日

(実施機関)

愛媛県後期高齢者医療広域連合長 様

(開示依頼者)

住 所 〇〇市△△町□丁目×番地

氏 名 後期 太郎

電話番号 〇〇〇-△△△-□□□□

〔 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	広域花子（昭和〇年□月△日生まれ、被保険者番号××××××××） が令和△△年□月〇日に□□病院を受診した際のレセプト	
使 用 目 的	医療機関受診状況の確認のため	
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（ 該当箇所にチェックを入れてください。	
被 保 険 者 と の 関 係	☒ 遺族 ☐ 遺族（未成年者） ☐ 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 いずれかを選択してください。	
備 考		