

保有個人情報開示請求書

愛媛県後期高齢者医療広域連合長 様

住所又は居所（所在地）
氏名（名称及び代表者の氏名）
連絡先（電話番号等）

開示請求に係る保有個人情報 が記録されている行政文 書の名称又は内容 (保有個人情報を特定する ため、その具体的な内容を 記入してください。)		
希 望 す る 開 示 方 法	文 書 ・ 図 画 ・ 写 真	☐ 閲覧 ☐ 写しの交付
	電 磁 的 記 録	☐ 視聴 ☐ 用紙に出力したものの閲覧 ☐ 用紙に出力したものの交付 ☐ 複写したものの交付
郵 送 の 希 望	☐ 有 ☐ 無	

本人の氏名及び住所	氏 名	
	住 所	
本人との関係	☐ 未成年者の法定代理人 ☐ 成年被後見人の法定代理人 ☐ 本人の委任による代理人	

請 求 者 の 確 認	☐ 運転免許証 ☐ 旅券 ☐ 健康保険の被保険者証 ☐ その他（ ）
代 理 人 の 確 認	親権者、成年後見人又は本人の委任による代理人であることを明らかにする書類（ ）

受付年月日	受 付	担当者印	主管課等	担当者印
年 月 日	窓 口			

- (注) 1 該当する□にチェックし、各欄に必要な事項を記入してください。
- 2 請求の際は、請求者自身であることを実施機関が確認するために必要な書類（運転免許証、旅券、健康保険の被保険者証等）を提出し、又は提示してください。
- 3 法定代理人による場合は、上記の書類のほか、本人の法定代理人であることを確認するために必要な書類（戸籍謄・抄本等）を提出し、又は提示してください。
- 4 本人の委任による代理人による場合は、上記の書類のほか、本人の委任による代理人であることを確認するために必要な書類（本人の印鑑登録証明書を添付した委任状）を提出し、又は提示してください。