

個人情報開示請求書

(実施機関)

福山市病院事業管理者 様

(請求者)

郵便番号 (-)

住 所

名 前

生年月日

電話番号 () -

この請求書を記入された方の
情報をご記入ください。

保有個人情報の開示を受けたいので、福山市個人情報保護条例第17条の規定により、次のとおり請求します。

開示対象者	住 所 名 前 生年月日	開示を希望される患者様の 情報をご記入ください。
請求の内容	「写しの交付」へチェックをしてください。 郵送を希望される場合は「送付希望」へも チェックをお願いします。	<input type="checkbox"/> 写しの交付 (<input type="checkbox"/> 送付希望) (具体的な開示内容を具体的に記入してください。)
	請求の内容	・いつからいつまでの記録が必要か。 ・必要な記録の種類 (診療録, 検査記録, 画像など)
本人以外の請求の場合	本人との関係 代理請求の理由	<input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 遺族 請求者が“開示対象者”と異なる場合のみ ご記入ください。
備考		

※ 次の各欄は、受付窓口で記入します。(本人確認を何により行ったか、その該当する口にチェックをするとともに、その他の書類の場合はその具体を記入する。)

【本人確認に必要な書類】

- 1 次のうちいずれか1点(官公署発行の写真を貼付したもの)
 - 運転免許証 旅券(パスポート) 登録証()
 - 許可証()
 - その他の身分を証する書類()
- 2 次のうちいずれか2点(官公署発行の写真を貼付されていないもの)
 - 住民票の写し 国民年金健康保険の被保険者証
 - その他の身分を証する書類()
- 3 1, 2により難しい場合
 - 実施機関が保有する書類()
 - 官公署以外のものが発行している書類()

【法定代理人の確認に必要な書類】

- 1 上記の本人確認に必要な書類
- 2 <未成年者の法定代理人の場合>
 - 戸籍謄抄本 住民票の写し 健康保険の被保険者証 審判決定通知書
 - その他法定代理人であることを示す書類()
- <成年後見人の場合>
 - 登記事項証明書 審判決定通知書
 - その他後見人であることを示す書類()

【障害、疾病等の代理人の確認に必要な書類】

- 1 上記の本人確認に必要な書類
- 2 <障害、疾病等の場合>
 - 身体障害者手帳 療育手帳 介護保険等の受給者証
 - その他本人が請求を行うことを示す書類()
- <入院、入所中の場合>
 - 領収書 支払証明書 写し
 - その他本人が入院又は施設に入所していることを示す書類()
- 3 委任状、代理人であることを示す書類

【心神耗弱等の代理人の確認に必要な書類】

※条件・・・本人と同居、又は生計を一にする親族あるいは3親等内の親族

- 1 上記の本人確認に必要な書類
- 2 戸籍謄抄本 住民票の写し その他本人との関係を示す書類()
- 3 医師の診断書 療育手帳 介護保険等の受給者証
- その他請求の意思を表明することができないことを示す書類()
- 4 本人の権利利益を保護する必要があることを示す書類()

【その他遺族】

- 1 上記の本人確認に必要な書類
- 2 戸籍謄抄本(除籍) 住民票の写し(除票) 死亡診断書
- その他死亡の事実及び続柄を示す書類()

※記載しないで大丈夫。