

個人情報開示等請求書

I 個人情報の開示等を求める患者氏名等を記入してください。

患者番号	患者氏名	性別	生年月日
	フリガナ	1. 男 2. 女	

II 個人情報の開示等の請求について、該当する番号に○印を付けてください。

- 1 個人情報の利用目的の通知の請求（法第24条第2項）
- 2 個人情報の開示請求（法第25条第1項）
- 3 個人情報の訂正、追加又は削除の請求（法第26条第1項）
- 4 個人情報の利用停止の請求（法第27条第1項、2項）

III IIの開示等の請求のうち、2, 3, 4の場合は請求内容について記入してください。
(1の場合は記入不要)

国家公務員共済組合連合会

新小倉病院 病院長 殿

個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)に基づき、国家公務員共済組合連合会新小倉病院が保有する個人情報の開示等を求めます。

年 月 日

住 所 〒

電話番号

氏 名 印

開示等を求める方との関係

①本人 ②親族（続柄 ） ③その他（ ）

記入例

個人情報開示等請求書

I 個人情報の開示等を求める患者氏名等を記入してください。

患者番号	患者氏名	性別	生年月日
〇〇-〇〇〇〇-〇	フリガナ シンコクラ タロウ 新小倉 太郎	1. 男 2. 女	S10.1.1

※患者番号は不明の場合は未記入で構いません。

II 個人情報の開示等の請求について、該当する番号に○印を付けてください。

- 1 個人情報の利用目的の通知の請求 (法第24条第2項)
- 2 個人情報の開示請求 (法第25条第1項)
- 3 個人情報の訂正、追加又は削除の請求 (法第26条第1項)
- 4 個人情報の利用停止の請求 (法第27条第1項、2項)

III IIの開示等の請求のうち、2, 3, 4の場合は請求内容について記入してください。
(1の場合は記入不要)

ご請求内容をご記入ください。
(※ご依頼のお手紙がある場合、「別紙のとおり」とご記入ください。)

国家公務員共済組合連合会

新小倉病院 病院長 殿

個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)に基づき、国家公務員共済組合連合会新小倉病院が保有する個人情報の開示等を求めます。

ご記入日 年 月 日

住所 〒 ご本人による依頼の場合はご本人のご住所・電話番号を代理人による依頼の場合は、代理人の会社等のご住所・電話番号をご記載ください。

氏名 ご本人(代理人)の氏名

印

開示等を求める方との関係

例) 弁護士、保険会社

①本人 ②親族(続柄) ③その他()

いずれかに○をお願い致します。(カッコ内には関係性をご記入ください。)