

# 個人情報開示等請求書

開示等を求める本人の氏名等を記入してください。

氏名	性別	生年月日	保険証記号番号
	男・女	明 大 昭 平 年 月 日生	

個人情報の開示等の請求について、該当する番号に 印をつけてください。

- 1.個人情報の利用目的の通知の請求（法第24条第2項）
- 2.個人情報の開示の請求（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、第2項）

の開示の請求のうち、2、3、4の場合は請求の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 水府病院長 殿

個人情報の保護による法律（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水府病院が保有する個人情報の開示等を求めます。

住所〒

氏名

印

## 個人情報開示等の請求方法等について

- 1.個人情報の開示等を請求する場合は、この書面により行ってください。
- 2.個人情報の開示等の請求は、来訪により受け付けます。
- 3.個人情報の開示等の請求者が本人又は代理人であるかを確認するため、次の公的証明書をご用意します。

（本人の場合）

運転免許証、健康保険の被保険者証、写真付き住民基本台帳カード、外国人登録証明書等公的証明書

（代理人の場合）

本人及び代理人の公的証明書並びに代理人を示す旨の委任状

- 4.個人情報の開示等の請求のうち、個人情報の利用目的の通知の請求（ の1）  
及び個人情報の開示の請求（ の2）については手数料が必要となります。

手数料 カルテ開示コピー 1枚 / 20円

X線写真(CD-R) 1枚 / 1,100円