

（表）

個人情報開示請求書・宣誓書

平成 年 月 日

（宛先）福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長

本人	住 所	〒 ー
	氏 名	(フリガナ)
	電話番号	()
代理人	住 所	〒 ー
	氏 名	(フリガナ)
	電話番号	()

福岡県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第13条第1項の規定により、次のとおり個人情報の開示を請求します。

請求する個人情報(どのような情報が知りたいか、いつごろ作成されたものかなど具体的に記入してください。)	
情報の特定のために参考となる事項を記入してください。	(例えば申請書を提出した場合は申請書の提出年月日等)
開 示 の 方 法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 視聴 <input type="checkbox"/> 写しの交付(<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送)
書 類 の 送 付 先 (住所と異なる場合のみ記載)	〒 ー TEL(連絡先) ()
書類の送付先が、上記住所又は本人確認のための書類に記載された住所と異なる場合は、その理由を記入してください。 (理由)	

上記の住所、氏名、生年月日、性別、書類の送付先とその理由(住所と異なる場合)については、真実と相違ないことを誓います。

平成 年 月 日

氏名(署名)

印

(裏)

注意事項

- 1 本人(又は法定代理人)であることを確認するために、下記に掲げる書類のいずれか及び住民票の写しを添付することが必要です。(該当部分にレ印を記入してください。その他法令により交付された書類にレ印を記入された場合は括弧の中に具体的に記入してください。)
 - ① 運転免許証、旅券、健康保険証の写し
 その他法令により交付された書類()の写し
 - ② 会社・学校等が発行する身分証明書の写し
 - ③ 印鑑登録証明書(この場合は、印鑑は印鑑登録をしているものを使用してください。)
 - ④ その他の書類()
- 2 法定代理人による請求の場合は、1の書類のほか戸籍抄本等本人との関係を証明するために必要な書類の提出が必要です。
- 3 本人の委任による代理人の場合は、本人及び代理人であることを確認するために必要な書類(運転免許証、旅券、健康保険証(本人については写し))のほか委任者の署名及び押印のある委任状の提出又は提示が必要です。
- 4 開示請求について郵送での写しの交付を希望される場合は、郵送の欄にレを記入してください。
- 5 郵送料金及び写しの作成に要する費用は、本人負担となります。費用については、開示決定後に連絡します。
- 6 書類の送付先が、請求書に記載した住所又は本人確認のための書類に記載された住所と異なる場合は、その理由を証明する書類(例えば住民票、入院先の病院長の証明等)を提出してください。

下の欄は、記入する必要がありません。

職員処理欄					
番号	第号	受理日	平成 年 月 日	窓口	
本人等 確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本(法定代理人の場合) <input type="checkbox"/> その他()				
担当	課 係				
料金	円 <input type="checkbox"/> 完納 <input type="checkbox"/> 未納 <input type="checkbox"/> 不足()				
処理 (対応する様式)	開示 (様式第4号)	部分開示 (様式第5号)	不開示 (様式第6号)	不存在 (様式第7号)	開示期間延長 (様式第8号)
開示する情報	(資料名)				
決					
裁					
備考					