

記載例

相続人申請の場合

様式第3号（第6条関係）

（表）

年 月 日

（あて先）実施機関

請求者	住所又は居所	〒811-0044 福岡市博多区千代4丁目1番27号
	(フリガナ) 氏名	コウイキ ハナコ 広城 花子
	電話番号	092 (651) 3110

請求者（相続人）の住所・氏名・電話番号を記入してください。
※被保険者との関係、被保険者の氏名等は様式下段に記入してください。

個人情報開示請求書・宣誓書

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
個人情報の開示を請求します。

被保険者本人に関するどのような情報が必要か、具体的に記入してください。
不明な場合は、事務局にお問い合わせください。

請求する個人情報記録されている公文書の名称（個人情報の具体的内容や作成時期など記入してください。）	広城太郎が、平成31年4月から令和3年3月までに受診した医療機関、受診年月、総医療費及び自己負担額がわかる受診履歴
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 checked="" type="checkbox"/> 写しの交付（ <input type="checkbox"/> 窓口 <input checked="" type="checkbox"/> 郵送）
書類の送付先（住所又は居所と異なる場合のみ記載）	〒 — TEL（連絡先）（ ）
書類の送付先が、上記住所又は居所並びに本人確認のための書類異なる場合は、その理由を記入してください。（理由）	

開示の方法を選択してください。

住所地で開示文書を受け取ることができない特別な理由がある場合以外は、送付先は請求者の住所地になりますので、特に記載の必要はありません。

※代理人又は遺族等が請求する場合は、次の項目についても記載してください。

請求者の区分等	<input type="checkbox"/> 代理人（ <input type="checkbox"/> 法定代理人（ <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 成年後見人） <input type="checkbox"/> 本人の委任による代理人（保有特定個人情報の場合に限る。）） <input checked="" type="checkbox"/> 遺族等（ <input type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他相続人（続柄： ） <input type="checkbox"/> 法定代理人（ <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 未成年後見人） <input type="checkbox"/> その他（ ）
請求者が代理人の場合の本人又は遺族等の場合の故人	住所又は居所 〒811-0044 福岡市博多区千代4丁目1番27号 (フリガナ) 氏名 コウイキ タロウ 広城 太郎

請求者と被保険者（故人）との関係を選択してください。

被保険者（故人）の住所・氏名を記入してください。

上記の記載事項については、真実と相違ないことを誓います。

年 月 日

氏名（署名） 広城 花子

請求者本人が署名をしてください。

●添付書類

①開示請求者の本人確認ができるもの

健康保険の被保険者証、運転免許証、マイナンバーカード等、開示請求書に記載された氏名、住所（居所）と同一であることが確認できるもの。

②戸籍謄本等、本人との関係を証明するために必要な書類

下記のア～ウの全ての内容が分かるもの

ア 故人の死亡の事実が確認できるもの

イ 相続人の出生が記載された戸籍（故人と相続人の相続関係が分かるもの）

ウ 相続人の現在の戸籍

開示請求をする日前30日以内に作成されたものに限る。

※郵送で開示請求する場合

上記に記載の書類のほか、次の書類も添付してください。

①開示請求者の住民票の写し

開示請求をする日前30日以内に作成されたものに限る。

本人確認書類として「健康保険証の写し」を提出する際の留意事項

健康保険法等の一部を改正する法律により、各種健康保険証に記載の保険者番号および被保険者等記号・番号について健康保険事業またはこれに関連する事務の遂行等の目的以外で告知を求めることを禁止する「告知要求制限」の規定が設けられました。

これにより、令和2年10月1日以降、原則として本人確認等を目的として保険者番号および被保険者等記号・番号の告知を求めることが禁止されました。

つきましては、手続に当たり、本人確認書類として健康保険証の写しを提出される場合には、以下の点に御留意いただきますようよろしくお願いいたします。

- ・個人情報開示請求（レセプトの開示請求含む）を行うに当たり、本人確認書類として**各種健康保険証の写しを提出される場合には、「保険者番号」および「被保険者等記号・番号」の欄をマスキング（テープで隠してコピーする等）したものの写し**を御提出ください。
- ・各種健康保険証の写しとは、**国民健康保険証（遠隔地被保険者証）、健康保険被保険者証（遠隔地被保険者証、船員保険被保険者証、船員保険被扶養者証）、後期高齢者医療被保険者証（資格証明書）等**のことをいいます。
- ・その他運転免許証等の写しを提出される場合は、マスキング（テープで隠してコピーする等）の必要はありません。

後期高齢者医療被保険者証		
有効期限	令和 年 月 日	
交付年月日	令和 年 月 日	
被保険者番号	XXXXXXXXXX	
被保険者	住所	
	氏名	
生年月日	年 月 日	
資格取得年月日	令和 年 月 日	
発効期日	令和 年 月 日	
一部負担金の割合		
保険者番号並びに保険者の名称及び印	XXXXXXXXXX 福岡県後期高齢者医療広域連合	

ここを隠してください。
※後期高齢者医療被保険者証以外の健康保険被保険者証等は「保険者番号」および「被保険者等記号・番号」を隠してください。