

診療報酬明細書等開示請求に係る委任状

代理人 住所

氏名

上記の者を代理人と定め、下記の事項を委任します。

記

- 1 被保険者情報の開示請求を行う権限
- 2 1の開示請求に係る事案を移送した旨の通知を受ける権限
- 3 1の開示請求に係る開示決定等の権限を延長した旨の通知を受ける権限
- 4 1の開示請求に係る開示決定等の期限の特例規定を適用した旨の通知を受ける権限
- 5 1の開示請求に係る被保険者の全部又は一部を開示する旨の決定通知を受ける権限及び1の開示請求に係る被保険者情報の全部を開示しない旨の決定通知を受ける権限
- 6 その他個人情報の保護に関する法律又は福岡県後期高齢者医療広域連合死者情報取扱要綱で定める権限及び1の開示請求に係る開示の実施を受ける権限

年 月 日

委任者

住所

氏名

印

連絡先電話番号

(注) 以下のいずれかの措置を取ってください。

- 1 委任者の印については、実印とし、印鑑登録証明書（ただし、開示請求の目前30日以内に作成されたものに限る。）を添付する。
- 2 委任者の運転免許証、個人番号カード（ただし、個人番号通知カードは不可）等本人に対し、一に限り発行される書類の複写物を添付する。

※ 不要な文字は、抹消すること。また、用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。