

栃木県後期高齢者医療広域連合
連合長 佐藤 栄一 様

住所 宇都宮市本町3-9
請求者 氏名 後期 太郎 ㊞
電話番号 028-627-6805

栃木県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第14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。

請求内容	(個人情報の特定に必要な事項を具体的に記入してください。) 後期太郎の〇〇年〇月から〇〇年〇月までの診療報酬明細書 ※ただし、栃木県後期高齢者医療広域連合が保有している診療報酬明細書	
開示の実施の方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付	
代理人が開示請求する場合の本人の状況	本人の氏名	
	本人の状況	<input type="checkbox"/> 未成年者（生年月日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 委任者 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	本人の住所	(〒 -) (電話番号)
備考		

- (注) 1 本人が請求する場合には、本人であることを証明する書類（運転免許証、旅券等）を提出し、又は提示してください。
- 2 法定代理人が請求する場合には、法定代理人自身の1に掲げる書類のほか、法定代理人であることを証明する書類（戸籍謄本、登記事項証明書等）を提出し、又は提示してください。
- 3 本人の委任による代理人が請求する場合には、本人の委任による代理人自身の1に掲げる書類のほか、本人の委任による代理人であることを証明する書類（本人の記名及び押印がある委任状並びに押印した印鑑に係る印鑑登録証明書等）を提出し、又は提示してください。
- 4 該当する□の中にレ印を付してください。

以下の欄には、記入しないでください。

本人確認事項	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他（ ）
代理人の資格確認書類	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 委任状及び印鑑登録証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ）
担当課	
備考	