

様式第1号(第3条第2項関係)

開示請求書

令和〇年〇月〇日

栃木県後期高齢者医療広域連合

広域連合長

あて

請求者 住所又は居所 宇都宮市本町3-9

氏名 後期 太郎

電話番号 028-627-6805

個人情報の保護に関する法律第77条第1項の規定により、次のとおり保有個人情報の開示を請
します。

1 開示を請求する保有個人情報(具体的に特定してください。)

後期太郎の令和3年4月から令和5年4月までの診療報酬明細書

2 求める開示の実施方法等

ア又はイに〇印を付してください。アを選択した場合は、実施の方法及び希望日を記載してく
ださい。

ア 事務所における開示の実施を希望する。

<実施の方法> 閲覧 写しの交付 その他()

<実施の方法> 年 月 日

イ 写しの送付を希望する。

3 本人確認等

ア 開示請求者 本人 法定代理人 任意代理人

イ 請求者本人確認書類

運転免許証 健康保険被保険者証

個人番号カード又は住民基本台帳カード(住所記載のあるもの)

在留カード、特別永住者証明書又は特別永住者証明書とみなされる外国人登録証明書

その他()

※請求書を送付して請求をする場合には、加えて住民票の写し等を添付してください。

ウ 本人の状況等（法定代理人又は任意代理人が請求する場合にのみ記載してください。）

（ア）本人の状況 未成年者（ 年 月 日生） 成年被後見人

任意代理人委任者

（イ）本人の氏名

（ウ）本人の住所又は居所

エ 法定代理人が請求する場合、次のいずれかの書類を提示し、又は提出してください。

請求資格確認書類 戸籍謄本 登記事項証明書 その他（ ）

オ 任意代理人が請求する場合、次の書類を提出してください。

請求資格確認書類 委任状 その他（ ）

様式第1号(第3条第2項関係)

開示請求書

令和〇年〇月〇日

栃木県後期高齢者医療広域連合

広域連合長

あて

請求者 住所又は居所 宇都宮市本町3-9

氏名 後期 一郎

電話番号 028-627-6805

個人情報の保護に関する法律第77条第1項の規定により、次のとおり保有個人情報の開示を請
します。

1 開示を請求する保有個人情報(具体的に特定してください。)

後期太郎の令和3年4月から令和5年4月までの診療報酬明細書

2 求める開示の実施方法等

ア又はイに〇印を付してください。アを選択した場合は、実施の方法及び希望日を記載してく
ださい。

ア 事務所における開示の実施を希望する。

<実施の方法> 閲覧 写しの交付 その他()

<実施の方法> 年 月 日

 イ 写しの送付を希望する。

3 本人確認等

ア 開示請求者 本人 法定代理人 任意代理人

イ 請求者本人確認書類

 運転免許証 健康保険被保険者証 個人番号カード又は住民基本台帳カード(住所記載のあるもの) 在留カード、特別永住者証明書又は特別永住者証明書とみなされる外国人登録証明書 その他()

※請求書を送付して請求をする場合には、加えて住民票の写し等を添付してください。

ウ 本人の状況等（法定代理人又は任意代理人が請求する場合にのみ記載してください。）

(ア) 本人の状況 未成年者（ 年 月 日生） 成年被後見人

任意代理人委任者

(イ) 本人の氏名 後期 太郎（令和〇年〇月〇日 死亡）←死亡の場合は（ ）も記載する

(ウ) 本人の住所又は居所 宇都宮市塙田1-1-1

エ 法定代理人が請求する場合、次のいずれかの書類を提示し、又は提出してください。

請求資格確認書類 戸籍謄本 登記事項証明書 その他（ ）

オ 任意代理人が請求する場合、次の書類を提出してください。

請求資格確認書類 委任状 その他（ 戸籍謄本 ）