

個人情報開示請求書

年 月 日

新潟県後期高齢者医療広域連合長 様

氏 名  
住 所  
電話番号 ( ) —

新潟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。

1 開示請求に係る 個人情報の内容	
2 希望する開示の方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 視聴
3 本人との関係	<input type="checkbox"/> 未成年者の法定代理人 <input type="checkbox"/> 成年被後見人の法定代理人 <input type="checkbox"/> その他
4 本人の住所	電話番号 ( ) —
5 本人の氏名	
6 ※本人等確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 代理人 ( )
7 ※本人の生年月日	年 月 日
8 ※提出年月日	年 月 日

(注)

- 1 「開示請求に係る個人情報の内容」の欄は、文書等の件名又はあなたが知りたいと思う個人情報が特定できるように具体的に記入してください。
- 2 には該当するものに「レ」印を記入してください。
- 3 3から5までの欄は、代理人による請求の場合に記入してください。
- 4 請求の際には、本人又は代理人であることを証明する書類(免許証、旅券等)を提出し、又は提示してください。
- 5 代理人が請求する場合には、注4の書類のほか代理権を有することを証する書類を提出し、又は提示してください。
- 6 ※印のある欄は、記入しないでください。