

# 個人情報開示等請求書

I 開示等を求める本人の氏名等を記入してください。

氏名	性別	生年月日	診察券の登録 No.
	男 女	年 月 日	

II 個人情報の開示等の請求について、該当する番号に○印を付けてください。

- 1 個人情報の利用目的の通知の請求（法第 24 条第 2 項）
- 2 個人情報の開示の請求（法第 25 条第 1 項）
- 3 個人情報の訂正、追加又は削除の請求（法第 26 条第 1 項）
- 4 個人情報の利用停止の請求（法第 27 条第 1 項、第 2 項）

III II の開示等の請求のうち、2，3，4 の場合は請求の内容について記入してください。（1 の場合は記入不要）

国家公務員共済組合連合会  
熊本中央病院長 殿

個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）に基づき、国家公務員共済組合連合会熊本中央病院が保有する個人情報の開示等を求めます。

住所 〒

氏名

印

(請求書裏面)

### 個人情報の開示等の請求方法等について

1. 個人情報の開示等を請求する場合は、この書面により行ってください。
2. 個人情報の開示等の請求は、来訪、郵便及び FAX により受け付けます。
3. 個人情報の開示等の請求者が本人又は代理人であるかを確認するため、次の公的証明書をご用意願います。郵送又は FAX による請求の場合は写しをご送付ください。  
(本人の場合)  
運転免許証、健康保険の被保険者証、写真付き住民基本台帳カード、外国人登録証明書等公的証明書  
(代理人の場合)  
本人及び代理人の公的証明書並びに代理人を示す旨の委任状
4. 個人情報の開示等の請求のうち、個人情報の利用目的の通知の請求（Ⅱの1）及び個人情報の開示の請求（Ⅱの2）については手数料が必要となります。
  - ・ 手数料 3,300 円（税込）
  - ・ コピー代 1 枚につき 20 円
  - ・ C D - R 1 枚につき 1,650 円（税込）