

院長	副院長	事務部長	看護部長	事務副部長	医療安全室長	医療安全管理科	合議	係

様式-1

個人情報の開示請求書

年 月 日

J A北海道厚生連 厚生病院長 様

開示請求者 氏 名 ㊟

患者(委任者) 本人・親権者・法定代理人・後見人・
との関係 その他 ()

〒 住 所

電 話 番 号 ()

(請求者が開示対象者本人の場合は、住所・電話番号の記入不要)

(氏名を自署する場合は押印不要。ただし、本人確認書類として印鑑証明を提出する場合には印鑑証明と同一の押印が必要。)

下記のとおり、貴院の保有する個人情報の開示を請求します。

開示を希望する 患者氏名等	(フリガナ)	(姓)	(名)		
	患者氏名				
	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日生
	住 所	〒 ー			
	電話番号				
1. 開示を希望する 記録と開示方法 (希望する記録に○ を記入)	診 療 科				
	期 間				
	希望する記録	閲 覧	複 写		
			紙媒体	電子媒体	
	1. 診療録				
	2. 検査記録				
3. 画像記録					
4. その他 ()					

注1 本人および代理人資格を確認するための書類提示をお願い致します。(請求方法参照)

注2 請求時と診療時の氏名が異なる場合は、旧姓等が確認できる書類を提示して下さい。

注3 電子媒体での提供の場合、提供までに時間を要する場合があります。(電子メールでの提供はできません。)

委任状

年 月 日

私は、 厚生病院が保有している _____ の個人情報の開示請求についての
一切の権限を _____ に委任します。

住所 _____

氏名 _____ 印

注 印鑑は実印を用い、印鑑証明書(交付日より3ヶ月以内のもの)を添付ください。

事務記載欄

受付日(受領日)	年 月 日
受取者(部署・氏名)	
開示書類受取方法	<input type="checkbox"/> 来院 <input type="checkbox"/> 郵送・宅配
受取希望日(次回来院予定日)	年 月 日
開示決定の電話連絡	<input type="checkbox"/> 必要 ・ <input type="checkbox"/> 不要
開示予定日	年 月 日
開示書類交付方法	<input type="checkbox"/> 手交 <input type="checkbox"/> 宅配 ※着払いのみ (<input type="checkbox"/> ヤマト運輸 ・ <input type="checkbox"/> 佐川急便)
宅配時送状番号	

※送付の場合は、請求者負担となることの説明。

個人情報の開示を希望される方へ

I. 請求方法

1. 利用者ご本人による請求の場合

手続を行う際には、以下の方法により利用者本人であることの確認を行いますので、ご了承ください。

（1）来院による請求の場合

受付窓口において直接的に本人であることを証明できる以下の書類の提示

- ① 運転免許証（または、運転経歴証明書等）
- ② 健康保険の被保険者証
- ③ パスポート
- ④ 外国人登録証明書
- ⑤ 印鑑証明証（交付日より3ヶ月以内のもの）

ただし上記⑤については、請求書に押印した場合に限ります。

必要に応じ別の証明書類または複数の証明書類をご提示いただく場合があります。

また、上記①～④書類は証跡を残すためコピーを取得させていただきます。（②については保険者番号及び記号・番号を復元できない程度にマスキングを施した上で保管いたします。）

（2）郵送による請求の場合

上記①～④写と⑤の複数の同封をお願いします。

うち一種類は住民票（交付日より3ヶ月以内のもの、本籍地及びマイナンバーの記載のないもの）に変えることができます。

②の写しを同封する場合は、保険者番号及び記号・番号を復元できない程度にマスキングを施した上で同封願います。

健康保険 本人（被保険者）
被保険者証 令和 年 月 日交付
(被保険者) 記号 [マスキング] 番号 [マスキング]
氏名 ○○ ○○
生年月日 昭和○○年○○月○○日 性別 ○
資格取得年月日 平成○○年○○月○○日
二次元バーコードがある場合は塗りつぶす [マスキング]
保険者所在地 ○○市○○町○○-○○
保険者番号名称 ○○○健康保険組合
電話番号 ○○○-○○○-○○○○ [印]

2. 開示対象者の代理人による請求の場合

手続を行う際に、下記（2）の方法により代理人資格の確認を行います。

また代理人本人確認についても、上記1.の方法により行いますので、関係書類をご提示ください。

（1）請求が可能な代理人

- ① 未成年者又は成年被後見人の法定代理人
- ② 利用者本人が成人で判断能力に疑義がある場合、または医学的見地から診療情報を提供することにより、利用者本人に重大な心理的影響を与え、その後の治療効果等に悪影響を及ぼすと判断される場合は、実質的に利用者本人の世話をを行っている親族およびそれらに準ずる者。
- ③ 利用者本人の死亡後に遺族へ開示する場合は、利用者の配偶者、子、父母及びこれに準ずる者（これらの者に法定代理人がいる場合の法定代理人を含む）。
- ④ 開示等の求めをすることについて本人または上記①～③が委任した代理人。

(2) 代理人資格の確認

- ① (1) ①のうち未成年者の法定代理人の場合は、続柄を確認できる公的な書類（住民票や戸籍全部事項証明書（戸籍謄本）、未成年者の戸籍個人事項証明書（戸籍抄本）など）。
- ② (1) ①のうち成年被後見人の法定代理人の場合は、続柄を確認できる公的な書類（成年後見登記事項証明書）。
- ③ (1) ②③の場合は、利用者本人と代理人との続柄を証明できる公的な書類（戸籍全部事項証明書（戸籍謄本）又は除籍全部事項証明書（除籍謄本）など）
- ④ (1) ④の場合は、委任者の印鑑証明書付委任状。ただし、必要に応じ委任者への意思確認や委任者との関係を確認する書類を提示いただく場合があります。
- ⑤ (1) ④のうち代理人が弁護士である場合は、委任者からの委任状に加え、弁護士本人の日本弁護士連合会が発行する身分証明書（カード）の提示（郵送の場合は写しの同封）。なお、同身分証明書は請求者の本人確認書類を兼ねることができる。

確認対象	請求者 提示書類	本人	代理人		
			(1)①②③	(1)④任意	(1)④弁護士
請求者	運転免許証等	○ (郵送の場合は2種類)			
	健康保険証				
	パスポート				
	外国人登録証明書				
	印鑑証明書 (請求書に押印した場合)				
	住民票 (郵送の場合のみ)				
代理人資格	続柄を確認できる 公的書類		○		
	委任状			○	○
	委任者の 印鑑証明書			○	○
	日弁連 身分証書				○

※ 必要に応じ、別の証明書類または複数の書類を提示いただく場合があります。

II. 受取方法

1. 窓口でのお受け取り

開示対象となるご本人が窓口でお受け取りの際には、本人証明するものをご持参ください。なお、代理人がお受け取りされる場合には、代理人の本人確認書類をご提示ください。

2. 郵送・宅配でのお受け取り

郵送または宅配でのお受け取りを希望する場合には、申請時に記載した開示請求者の住所あてに、配達記録が分かる方法により送付いたします。なお、送付に係る費用は開示請求された方の負担となります（着払いまたは後日請求）。