

様式第5号（第4条関係）

保有個人情報開示請求書

年 月 日

宮崎県後期高齢者医療広域連合長 殿

郵便番号  
住所又は居所  
請求者 氏名  
電話番号

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求します。

開示請求に係る保有個人情報の件名 ※開示を求める保有個人情報を特定するため、具体的な内容を明記してください。	
求める開示の実施方法等	<input type="checkbox"/> 窓口における開示 1 実施方法 <input type="checkbox"/> 閲覧・視聴 <input type="checkbox"/> 写しの交付（ <input type="checkbox"/> 光ディスク希望） 2 実施希望日 ____年 ____月 ____日 <input type="checkbox"/> 写しの送付（ <input type="checkbox"/> 光ディスク希望）
開示請求者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意代理人
本人の状況等 ※代理人による開示請求の場合のみ記入してください。	1 本人の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者（ ____年 ____月 ____日生） <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 任意代理人委任者 2 本人の氏名 _____ 3 本人の住所又は居所 _____ 4 本人の電話番号 _____

注意事項

- 1 請求の際は、請求者自身であることを証明するために必要な書類（運転免許証、健康保険被保険者証、個人番号カード等）を提出し、又は提示してください。
- 2 代理人による場合は、上記の書類のほか、本人の代理人であることを証明する書類（請求をする日前30日以内に作成された戸籍謄本、委任状等）を提出し、又は提示してください。
- 3 送付による請求の場合は、上記の書類のほか、本人の住民票の写し（請求をする日前30日以内に作成されたもの）を提出してください。

[処理欄]（記入しないでください。）

本人等確認	1 本人 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） 2 法定代理人 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） 3 任意代理人 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
所管課	担当者 _____ 受付年月日 ____年 ____月 ____日
備考	