

様式第5号（第9条関係）

年 月 日

実施機関 あて

住所又は居所

請求者 氏 名

電話番号

保有個人情報開示請求書

埼玉県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第18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内容	
請求者の区分	(1)本人 (2)法定代理人等 (3)遺族等

※法定代理人等又は遺族等が請求する場合は次の項目についても記入してください。

法定代理人等による開示請求	代理人の区分	右のうち該当するものを○で囲んでください。	(1)法定代理人（ <input type="checkbox"/> 未成年者 <input type="checkbox"/> 成年被後見人） (2)実施機関が特別の理由があると認めた代理人 委任理由〔 〕 (3)本人の委任による代理人
	本人の氏名		
	本人の住所又は居所及び電話番号		
	未成年者（15歳以上）の場合の同意	氏名	
遺族等による開示請求	遺族等の区分	(1)配偶者及び2親等内の血族 (2)相続人 (3)上記の法定代理人	
※担当課 処理欄	請求者本人確認欄	(1)運転免許証 (2)健康保険の被保険者証 (3)住民基本台帳カード (4)その他（ ）	
	請求資格確認欄	(1)戸籍謄本 (2)その他（ ）	
※備考			

注1 「開示請求に係る保有個人情報の内容」欄は、開示請求に係る保有個人情報記録されている公文書の名称その他の開示請求に係る保有個人情報を特定することができるよう具体的に記入してください。

- 請求者本人であることを示す書類（運転免許証、旅券、住民基本台帳カード、健康保険の被保険者証等）を提出又は提示してください。
- 法定代理人等又は遺族等による請求の場合は、請求者であることを証明する書類に加え、法定代理人等又は遺族等であることを証明する書類を提出又は提示してください。
- 法定代理人が15歳以上である未成年者の開示請求をする場合は、「未成年者（15歳以上）の場合の同意」欄に、未成年者本人が署名をしてください。
- 「本人の住所又は居所及び電話番号」欄には、本人の連絡先が本人の住所又は居所及び電話番号と異なるときは、連絡先も併せて記入してください。
- ※印欄は、記入しないでください。