

個人情報開示等請求書

患者さんの名前、性別、
生年月日を記載下さい。
保険証番号は不要です。

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	保険証記号番号

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 32 条第 2 項）
- ② 個人情報の開示の請求（法第 33 条第 1 項）
- 3 個人情報の訂正、追加又は削除の請求（法第 34 条第 1 項）
- 4 個人情報の利用停止の請求（法第 35 条第 1・3・5 項）

III IIの開示等の請求のうち、2, 3, 4 の場合は請求を求める期間および種類について記入してください。（1 の場合は記入不要）

開示を求める資料内容をこの枠内にご記載下さい。

例：○○○○年○○月○○日～○○○○年○○月○○日の診療録。
※入院時の記録だけでよければ、入院時の記録とご記載ください。
※文書等のスキャンデータも入用でしたらご記載ください。
（当院規定でスキャニングしているもののみの提供となります。）
※診療録全般と記載いただいたときには、画像データも準備します。
必要ない場合は、画像データ不要とご記載ください。

国家公務員共済組合連合会

東京共済病院 病院長 宛

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東京共済病院が保有する個人情報の開示等を求めます。

年 月 日

申請される方の連絡先を記載下さい。
電話番号は、連絡の取れる番号を記載
下さい。

住所
電話番号
氏名

印