

# 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	健康保険者証の記号番号

II 個人情報の開示等の請求について、該当する番号に○印をつけてください。

- 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)

- ・開示を希望する記録(診療記録・看護記録・検査記録・レントゲン他画像等)
- ・診療物の診療日、期間

(国家公務員共済組合連合会)

請求日 平成 年 月 日

KKR高松病院長 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、KKR高松病院が保有する個人情報の開示等を求めます。

申請者 〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 本人・代理人

受理年月日	院長	事務部長	主治医	医事課長
平成 年 月 日				

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書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の公的証明書

(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. 個人情報の開示手数料については次のとおりです。

①開示基本手数料 1, 575円

②開示実施手数料

請求者の希望で医師から診療内容等の説明を受けた場合

1件 5, 250円

※30分以内とする。

診療録・検査記録・診療報酬明細書等の複写

コピー1枚につき 20円

エックス線フィルム等の複写 1枚につき 1, 575円

診療経過等の要約書 1件につき 5, 250円