

個人情報開示申請書

年 月 日

秋田県国民健康保険団体連合会理事長 様

(郵便番号 ー)
請求者 住 所
氏 名
電話番号

個人情報保護法第25条に基づき、次のとおり個人情報の開示を請求します。

開示を求める 個人情報の内容	(開示請求に係る個人情報が特定できるよう、知りたい個人情報の内容を具体的に記入して下さい。)
開示方法の区分	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付

(法定代理人記載欄) 法定代理人が請求する場合は、この欄にも記入して下さい。

本人の区分	<input type="checkbox"/> 未成年 <input type="checkbox"/> 成年被後見人
本人の住所及び氏名等	氏 名 (生年月日 年 月 日)
	住 所 (郵便番号 ー) 電話番号

注1 □のある欄には、該当する項目の□にレ印を付してください。

2 請求の際には、本人であることを証明するために必要な書類(運転免許証、旅券等)を提出し、又は提示してください。

(職員記載欄) この欄には、記入しないで下さい。

請求本人の確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()
請求資格の確認	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他 ()
事務担当課等	課 係
備 考	

*【個人情報の取扱いについて】

本請求書及び添付書類に含まれる個人情報については、この請求に必要な範囲でのみ利用します。