

保有診療情報開示請求書

年 月 日

愛媛県公営企業管理者 様

ふりがな
氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

請求者 住所又は居所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

〒

電話番号

次のとおり県立中央病院が保有する診療情報の開示を請求します。

1 開示を請求する保有診療情報の内容（具体的に記入してください。）

2 求める開示の実施方法等（本欄の記入は任意です。）

(1)又は(2)に○印を付してください。(1)を選択した場合は、事務所（窓口）の場所並びに実施の方法及び希望日を記入してください。

(1) 事務所（窓口）における開示の実施を希望する。

<事務所（窓口）の場所> 県立中央病院 相談室

<実施の方法> 閲覧

（これに引き続く写しの交付の希望の有無 有 無）

写しの交付

視聴

（これに引き続く写しの交付の希望の有無 有 無）

<実施の希望日> 年 月 日

(2) 写しの送付を希望する。

3 患者と開示請求者との関係（続柄）

--

4 本人確認等

次のいずれかの書類を提示し、又は提出してください。

(1) 請求者本人確認書類 運転免許証

健康保険被保険者証（住所の記載があるものに限る。）

個人番号カード

在留カード、特別永住者証明書又は特別永住者証明書とみなされる外国人登録証明書

その他（ ）

(2) 患者との関係が分かる書類 戸籍謄本

登記事項証明書

その他（ ）

5 受付年月日

年 月 日

注意

1 請求書を送付して請求をする場合にあつては、上記請求者本人確認書類（法定代理人が請求をする場合にあつては、請求者本人確認書類及び請求資格確認書類）の写しに加えて住民票の写し（開示請求の日前30日以内に交付されたものに限る。）等を添付してください。なお、個人番号カードの写しを提出する場合にあつては表面のみを複写し、住民票の写しを提出する場合（当該住民票に個人番号の記載があるときに限る。）にあつては当該個人番号を黒塗りにし、健康保険被保険者証の写しを提出する場合にあつては保険者番号及び被保険者等記号・番号を黒塗りしてください。

2 「2 求める開示の実施方法等」の欄の□のある欄は、該当する□の中にレ印を付けてください。

3 「4 本人確認等」の欄及び「5 受付年月日」の欄は、記入しないでください。