



# 代理の場合

本人ご健在→法廷代理人のみ

本人死亡→法定代理人または三親等以内の親族

様式第3号(第4条関係)

## 保有個人情報開示請求書

令和 ○ 年 ○○月 ○○日

(あて先)沖縄県後期高齢者医療広域連合長

※請求する方(法定代理人または親族)  
のお名前等を記入してください。

請求者 郵便番号 904-1192

住 所 うるま市石川石崎1丁目1番

氏 名 後期 花子

電話番号 098-963-8013

沖縄県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第13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件名又は内容	医療費明細書 令和○○年 ○○月から 令和○○年 ○○月診療分
開 示 の 方 法	1 閲覧      2 視聴      3 写しの交付

開示請求に係る保有個人情報の本人以外の方が開示請求する場合には、次の欄にも記入してください。

保有個人情報の本人の氏名及び住所	氏名	後期 太郎
	住所	うるま市石川石崎1丁目1番 電話番号 098-963-8013
代理人による開示請求の場合の本人との関係	1 未成年者の法定代理人 2 成年被後見人の法定代理人 3 その他( 妻 )	

- 注 1 請求の際には、請求者自身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。
- 2 代理人が請求する場合は、1の書類のほか、代理人であることを証明する書類を提出し、又は提示してください。

※どなたの明細が必要か記入する欄です。  
明細に記載する本人のお名前・住所・連絡先、本人から見た請求する方の関係(妻・子など)を記載してください。

《職員記載欄》この欄には記入しないでください。

本人等の確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 代理人( )
主 管 課	電話番号

### ※添付書類

- ①法定代理人であることが確認できる書類(登記事項証明書など)または本人と三親等以内の親族と確認できる書類(戸籍謄本、改正原戸籍など)
- ②申請者の身分証(免許証、保険証、パスポートなど)