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

請求者　郵便番号
住　　所
氏　　名
電話番号

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 年　　月から　　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	
	住所	電話番号
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(　　)

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。

《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	□運転免許証　□旅券　□その他(　　) □代理人(　　)
主管課	電話番号