

2021年 ○○月 ○○日  
**個人情報開示・訂正・削除等申請書 (記入例)**

1 申請者 郵便番号 □□□-□□□□  
 住 所 ○○市○○町○○□□□-□  
 氏 名 **健康 太郎** 印  
 電話番号 □□□-□□□-□□□□  
 受診者との関係 [ **本人** ・法定代理人・その他 ( ) ]

2 私は、裏面の注意事項を了承の上、以下の個人情報について、[ 開示 訂正 削除 追加・利用・提供の拒否 ]を申請します。

受診者氏名	<b>健康 太郎</b>	生年 月日	T・S H・R	年 月 日
電話番号	□□□-□□□-□□□□	性別	<b>男</b> ・ 女	
住所	〒 □□□-□□□□ ○○市○○町○○□□□-□			
申請理由・内容	<b>生命保険加入のため</b>			
受診日	2020年 ○○月 ○○日			
実施主体・受診場所	(例：××株式会社の定期健康診断で/○○市保健センター など) <b>○○健康センター</b>			
健診の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 施設健診(長野・ <b>伊那</b> ) <input type="checkbox"/> 肺がん検診 <input type="checkbox"/> 結核検診 <input type="checkbox"/> 胃がん検診 <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 学校心臓検診 <input type="checkbox"/> 定期健康診断 <input type="checkbox"/> 特定健康診査 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
対象物	<input type="checkbox"/> 胸部X線画像 <input type="checkbox"/> 胸部CT画像 <input type="checkbox"/> 胃部X線画像		開示手数料	
	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ画像 <input checked="" type="checkbox"/> 長野・伊那健康センター結果通知書(1通)		550円(税込)	
	<input type="checkbox"/> 結果通知書(1通) <input type="checkbox"/> 精密検査依頼書		330円(税込)	
	<input type="checkbox"/> 心電図波形 <input type="checkbox"/> 眼底写真 <input type="checkbox"/> 超音波写真			
受取者	<input checked="" type="checkbox"/> 受診者本人 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
受取方法	<input type="checkbox"/> 健康センター窓口受取(□長野 □伊那) <input checked="" type="checkbox"/> 郵送 送料と代引手数料がかかります			
送付先	(〒・住所・氏名・電話番号など) 〒 □□□-□□□□ ○○市○○町○○□□□-□ <b>健康 太郎</b> 電話 □□□-□□□-□□□□			
受領希望日	年 月 日			

事務使用欄

受付		対 応 部 署				請求処理	伊那窓口	経理
担当	管理者	作成	発送or完成連絡	管理者	金額 ( 有料・無料 )			
/	/	/	/	/	手数料	円 /	/	/
					送料	円		
					代引き	円		
					合計	円		

1 申請者の郵便番号・住所・氏名・電話番号を記入してください。  
 申請者が受診者本人の場合、「受診者との関係 本人」へ○印を記入してください。  
 受診者本人であることを確認するために必要な公的書類(運転免許証など)の写しを添付してください。  
 申請者が受診者以外の場合は、「受診者との関係 法定代理人」または「その他」へ○印を記入してください。  
 法定代理人が申請する場合は、申請者本人を確認するために必要な公的書類(運転免許証など)の写しのほか、受診者との関係を証明する書類(戸籍抄本などの写しで可)を添付してください。  
 その他の方が申請する場合は、受診者との関係を( )内に記入したうえで、申請者本人を確認するために必要な公的書類(運転免許証など)の写し、受診者本人を確認するために必要な公的書類(運転免許証など)の写しのほか、受診者本人の同意書(委任状)を添付してください。

2 開示、訂正、削除、追加・利用・提供の拒否の該当する□へレ印を記入してください。

3 どのような理由から必要なのか、あるいは訂正・削除などを申請されるのか、詳しく記入してください。  
 対象とされる個人情報を特定するために必要ですから、より具体的に記入してください。

4 紛失、汚損、生命保険利用等による開示(再発行等)は、手数料、送料、代引手数料等の実費を申し受けます。

5 <申請者本人が窓口で受け取る場合>  
 窓口受取りの際は、申請者本人であることを確認するため、公的書類(運転免許証など)を提示する必要があります。  
 <申請者以外の方が窓口で受け取る場合>  
 受取者が受診者本人であるときは、受診者本人であることを確認するため、公的書類(運転免許証など)を提示する必要があります。  
 受取者が受診者の法定代理人であるときは、本人を確認する書類のほか、受診者様との関係を証明するために必要な書類(戸籍抄本などの写し)を提示する必要があります。  
 受取者が法定代理人以外の代理人であるときは、本人を確認する書類のほか、受診者様の同意書(委任状)、受診者様を確認するための公的書類(運転免許証の写し)などを提示する必要があります。