

## 患者本人によるカルテの開示請求について

来院される場合は下記の連絡先に事前にご連絡ください。  
郵送で下記の提出書類をお送りいただいてもかまいません。

<提出いただくもの>※返却できません

- ・保有個人情報開示請求書
- ・患者本人の身分証明書のコピー ※下記をご参照ください
- ・(郵送を希望する場合のみ) 患者本人の住民票の写し(30日以内に作成されたもの、個人番号が記載されていないもの、コピー不可)

<身分証明書について>

下記のうち、1点

運転免許証、健康保険の被保険者証、個人番号カード、住民基本台帳カード(住所記載があるもの)等、必ず身分を証明できるもの

<送付先>

〒676-8585 兵庫県高砂市荒井町紙町33番1号  
高砂市民病院 総務課管理係

<料金>

カルテ(入院、通院、検査結果)・・・1枚10円  
レントゲン画像(CD等)・・・1枚2,500円

<開示方法>

受付後15日以内にご連絡しますのでご来院ください。  
郵送を希望する場合は、受付後15日以内に住民票に記載ある住所へ郵送いたします。

※来院される場合は下記の連絡先に事前にご連絡ください※

<連絡先>

ご不明な点やご相談等ございましたら、お気軽にお問い合わせください。  
平日8時30分から11時まで、13時から16時まで  
TEL079-442-3981(内線5262)  
高砂市民病院総務課管理係

## 代理人によるカルテの開示請求について(患者がご存命の場合)

来院される場合は下記の連絡先に事前にご連絡ください。  
郵送で下記の提出書類をお送りいただいてもかまいません。

<提出いただくもの>※返却できません

- ・患者本人の身分証明書のコピー ※下記をご参照ください
- ・(郵送を希望する場合のみ) 患者本人の住民票の写し(30日以内に作成されたもの、個人番号が記載されていないもの、コピー不可)
- ・請求者の身分証明書のコピー ※下記をご参照ください
- ・(郵送を希望する場合のみ) 請求者の住民票の写し(30日以内に作成されたもの、個人番号が記載されていないもの、コピー不可)
- ・保有個人情報開示請求書
- ・(任意代理人が請求する場合のみ) 委任状(原本)
- ・(法定代理人が請求する場合のみ) 戸籍謄本、登記事項証明書など法定代理人の資格を証明できるもの(原本)

<身分証明書について>

次のうち、1点 運転免許証、健康保険の被保険者証、個人番号カード、住民基本台帳カード(住所記載があるもの)等、必ず身分を証明できるもの

<送付先>

〒676-8585 兵庫県高砂市荒井町紙町33番1号 高砂市民病院 総務課管理係

<料金>

カルテ(入院、通院、検査結果).....1枚10円  
レントゲン画像(CD等).....1枚2,500円

<開示方法>

受付後15日以内にご連絡しますのでご来院ください。  
郵送を希望する場合は、受付後15日以内に郵送いたします。

**※来院される場合は下記の連絡先に事前にご連絡ください※**

<連絡先>

平日8時30分から11時まで、13時から16時まで  
TEL079-442-3981(内線5262) 高砂市民病院総務課管理係

## 代理人によるカルテの開示請求について(故人の場合)

来院される場合は下記の連絡先に事前にご連絡ください。  
郵送で下記の提出書類をお送りいただいてもかまいません。

### <提出いただくもの>※返却できません

- ・請求者の身分証明書のコピー ※下記をご参照ください
- ・保有個人情報開示請求書 ※3本人確認等の記入欄には本人と記入ください。
- ・戸籍謄本、登記事項証明書など代理人の資格を証明できるもの(原本、30日以内に作成されたもの)
- ・患者が故人であることを証明できるもの
- ・(郵送を希望する場合のみ) 請求者の住民票の写し(30日以内に作成されたもの、個人番号が記載されていないもの、コピー不可)

### <身分証明書について>

下記のうち、1点

運転免許証、健康保険の被保険者証、個人番号カード、住民基本台帳カード(住所記載があるもの)等、必ず身分を証明できるもの

### <送付先>

〒676-8585 兵庫県高砂市荒井町紙町33番1号  
高砂市民病院 総務課管理係

### <料金>

カルテ(入院、通院、検査結果)・・・1枚10円  
レントゲン画像(CD等)・・・1枚2,500円

### <開示方法>

受付後15日以内にご連絡しますのでご来院ください。

郵送を希望する場合は、受付後15日以内に住民票に記載ある住所へ郵送いたします。

※来院される場合は下記の連絡先に事前にご連絡ください※

### <連絡先>

ご不明な点やご相談等ございましたら、お気軽にお問い合わせください。

平日8時30分から11時まで、13時から16時まで

TEL079-442-3981(内線5262) 高砂市民病院総務課管理係

保有個人情報開示請求書

年 月 日

高砂市病院事業管理者

様

郵便番号

請求者 住所又は居所

(ふりがな)

氏 名

電話番号

個人情報の保護に関する法律第77条第1項の規定に基づき、下記のとおり保有個人情報の開示を請求します。

記

1 開示を請求する保有個人情報（具体的に特定してください。）

|  |
|--|
|  |
|--|

2 求める開示の実施方法等（本欄の記載は任意です。）

ア又はイに○印を付けてください。アを選択した場合は、実施の方法及び希望日を記載してください。

|                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ア 事務所における開示の実施を希望する。<br><実施の方法> <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br><実施の希望日> 年 月 日 |
| イ 写しの送付を希望する。                                                                                                                                    |

3 本人確認等

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ア 開示請求者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意代理人                                                                                                                                                                                               |
| イ 請求者本人確認書類<br><input type="checkbox"/> 運転免許証<br><input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証<br><input type="checkbox"/> 個人番号カード又は住民基本台帳カード（住所記載のあるもの）<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>※請求書を送付して請求をする場合には、加えて住民票の写し等を添付してください。 |

ウ 本人の状況等（法定代理人又は任意代理人が請求する場合にのみ記載してください。）

(ア) 本人の状況  未成年者（      年      月      日生）  成年被後見人  
 任意代理人委任者  
（ふりがな）

(イ) 本人の氏名 \_\_\_\_\_

(ウ) 本人の住所又は居所 \_\_\_\_\_

---

エ 法定代理人が請求する場合は、次のいずれかの書類を提示し、又は提出してください。  
 戸籍謄本  登記事項証明書  その他（                                  ）

---

オ 任意代理人が請求する場合は、次の書類を提出してください。  
 委任状  その他（                                  ）

[職員記入欄] この欄は、記入しないでください。

|           |                                                                         |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------|
| 第三者の反対の意思 | 有 ・ 無                                                                   |
| 所 管 課     | 部                                  室                                  課 |

|     |
|-----|
| 受 付 |
|     |

# 委任状

(代理人) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

上記の者を代理人と定め、下記の事項を委任します。

## 記

- 1 個人情報の開示請求を行う権限
- 2 開示請求に係る事案を移送した旨の通知を受ける権限
- 3 開示決定等の期限を延長した旨の通知を受ける権限
- 4 開示決定等の期限の特例規定を適用した旨の通知を受ける権限
- 5 開示請求に係る個人情報の全部又は一部を開示する旨の決定通知を受ける権限及び開示請求に係る個人情報の全部を開示しない旨の決定通知を受ける権限
- 6 開示の実施の方法その他政令で定める事項を申し出る権限及び開示の実施を受ける権限

年 月 日

(委任者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_