

保有個人情報開示請求書

令和●●年●●月●●日

独立行政法人福祉医療機構 理事長 殿

(ふりがな) ほうてい たろう
氏名 法定 太郎

住所又は居所

〒000-0000 東京都港区神谷4-5-6 TEL 03 (2345) 6789

個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）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。）

令和●●年●●月●●日に本人が申請人として●●部●●課に提出した●●申請書

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○印を付してください。アを選択された場合は、その具体的な方法等を
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。

<実施の方法> ☐閲覧 ☒写しの交付 ☐その他（ ）

<実施の希望日> _____

イ 写しの送付を希望する。

3 本人確認等

ア 開示請求者 ☐本人 ☒法定代理人 ☐任意代理人

イ 請求者本人確認書類

☒運転免許証 ☐健康保険被保険者証☐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）☐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（ ）

※ 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（平成●●年●●月●●日生）☐成年被後見人☐任意代理人委任者(イ) 本人の氏名 (ふりがな) こじん たろう
個人 太郎

(ウ) 本人の住所又は居所 〒000-0000 東京都千代田区神谷1-2-3

エ 法定代理人が請求する場合、次のいずれかの書類を提示又は提出してください。

請求資格確認書類 ☒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、次の書類を提出してください。

請求資格確認書類 ☐委任状