

(様式第 1 号)

個人情報開示請求書			
年 月 日			
全国信用保証協会健康保険組合理事長 殿			
住 所 請求者氏名 電話番号			
個人情報の保護に関する法律(平成 15 年法律第 57 号)第 25 条第 1 項の規定に基づき、次のとおり請求します。			
1 請求にかかる個人情報の内容			
2 開示の区分(希望する開示方法を○で囲んで下さい。)		(1) 閲覧 (2) 視聴 (3) 写しの交付	
3 法定代理人による開示請求の場合 本人の氏名等	本人の状況	右のうち該当するものを○で囲んで下さい。	(1) 未成年者 (2) 成年被後見人
	本人の氏名		
	本人の住所及び電話番号		
※ 担当課処理欄	請求者本人確認欄	(1) 健康保険被保険者証 (2) 運転免許証 (3) 旅券 (4) その他	
	請求資格確認欄	(1) 戸籍謄本 (2) その他	
※ 備考			

(注 1) 「請求にかかる個人情報の内容」欄は、開示請求をしようとする個人情報
が特定できるよう具体的に記入して下さい。

(注 2) 法定代理人による請求又は死者の個人情報にかかる請求の場合は、請求
者であることを証明する書類に加え、資格を有することを証明する書類を

提出又は提示して下さい。

(注 3) 「本人の住所及び電話番号」欄には、本人の連絡先が請求者の住所及び電話番号と異なるときは、連絡先も併せて記入して下さい。

(注 4) ※欄は、記入しないで下さい。

(注 5) 開示請求に関し、次の手数料を当組合の指定する金融機関の口座に振り込んでいただきます。

1 開示請求 1 件につき 300 円

2 開示請求文書が 15 枚以上の場合 A 4 文書 1 枚につき 20 円。ただし、300 円になるまでは無料