

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係員

保有個人データ(診療報酬明細書以外)開示等請求書

令和 年 月 日

東京都土木建築健康保険組合理事長 殿

請求者 [氏名] _____
(あなた)
[住所] _____
[電話] () _____

個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)に基づき、貴組合の保有個人データについて、次のとおり請求します。

請求の種類 (○で囲んでください。)	1. 開示			2. 訂正等			3. 利用停止等			
請求が開示の場合は希望する開示の方法 (○で囲んでください。)	1. 閲覧			2. 写しの交付(窓口)			4. 証明書の交付(窓口)			
	3. 写しの交付(郵送)			5. 証明書の交付(郵送)						
保有個人データ開示等の対象者	被保険者証の 記号・番号		—			続柄		(本人、妻等)		
	氏名	生 年 月 日			5:昭 7:平 9:令	年	月	日		
開示請求者 (○で囲んでください。)	1. 本人			2. 法定代理人			3. 任意代理人			
開示対象者の 本人確認書類 (いずれか1つの写し)	<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 在留カード	<input type="checkbox"/> 旅券(パスポート)	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> その他()				
開示対象者本人 以外が請求する場合 の追加確認書類	開示請求者の本人確認書類、および下記のいずれかの書類を添付してください。									
	法定代理人の場合	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本			<input type="checkbox"/> 登記事項証明書			<input type="checkbox"/> その他()		
	任意代理人の場合	<input type="checkbox"/> 開示対象者からの委任状及び委任者の印鑑登録証明書								
請求の内容 下記について具体的に ご記入ください (1. いつの 2. どなたの(複数の場合) 3. どの保有個人情報)										
備考							組合受付印			

※ 開示対象者が複数名の場合は、「保有個人データ開示等の対象者」欄に記入した方以外の対象者を「請求の内容」欄に記入してください。本人確認資料は全員分を添付してください。