

保有個人情報開示請求書

精療クリニック小林 情報管理係 御中

お問い合わせご本人の氏名・住所・連絡先などをご記入ください。

ふりがな		受診時が旧姓の場合下記に記入
氏名		
生年月日	(昭和・平成・西暦)	年 月 日 生まれ
ふりがな		郵便番号
現住所		
電話番号		連絡が取れる時間帯

必要な個人情報とその範囲、利用目的などをご記入下さい。

必要な個人情報（例えば、初診日・病名・通院した回数 など分かりやすく記載ください。）
開示する情報の利用目的は何ですか？（差し支えない範囲でお答え下さい）

ご本人であることを証明する書類を必ずご持参下さい。（下記のいずれか 1 種類 コピー不可）

郵送する場合は原本を必ず郵便簡易書留で送付して下さい。（普通郵便や宅急便などは不可）

- 健康保険被保険者証 （または自立支援受給者証）
- 運転免許証 （または、パスポート・その他 公的免許証など）
- 住民基本台帳カード （ほか 公的福祉関連手帳など）
- 学生証・社員証 （学校印、社印などがあるもの）

個人情報の提供については以下をご留意下さい。

患者様ご本人からの求めによる個人情報の開示について

法令に基づき情報を提供いたします。

以下の方法での請求に対し、書面での回答を致します。

また、情報提供手数料※を請求いたします。（※ 手数料は提供する情報により費用が異なりますので、詳しくは受付またはホームページ「情報の提供について」を御覧ください）

開示請求の方法

ア) 開示請求文書のご提出

（患者様の氏名・生年月日・送付先住所・ご連絡先・開示請求内容・利用目的）

イ) 特定の回答書がある場合はご提出下さい。（ない場合は当院形式で回答します）

ウ) 本人であることを証明する書類のご提示（郵送の場合は簡易書留で原本を送付。コピー不可）

エ) 460円切手を貼った返信用封筒

上記書類を当クリニックまでご持参下さい。（または簡易書留で郵送）

開示請求の流れ

⇒	開示請求	個人情報開示請求書・本人確認書類・返信用封筒を提出。
⇒	開示請求の閲覧と検討	クリニックで請求内容の検討を行います。
⇒	ご連絡（開示不能の場合）	クリニックよりご連絡いたします。
⇒	回答書郵送・手数料の請求	開示可能な場合は回答書と本人証明書を返送いたします。
⇒	お支払い	請求書に基づきお支払いください。

請求先（開示請求書類送付先）

精療クリニック小林 情報管理係 宛

650-0022 神戸市中央区元町通 2-8-14 オルタンシアビル 9F

お振込先（開示が可能な場合にお振り込みいただきます）

三井住友銀行 神戸営業部 普通 7610748

セイリョウクリニック インチョウ コバヤシ カズ

（振込手数料はご負担下さい）

開示の可否

ただし、以下の場合は提供を致しかねますのでご了承下さい。

- 一 本人又は第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害するおそれがある場合
- 二 当該個人情報取扱事業者の業務の適正な実施に著しい支障を及ぼすおそれがある場合
- 三 他の法令に違反することとなる場合

ご持参前（郵送前）にご確認下さい

- 個人情報開示請求書に記載漏れはありませんか？ チェック

- ご本人証明書類は入れましたか？ チェック

- 返信用封筒は入れましたか？ チェック

(460円切手を貼付したものを同封してください)

※書類を郵送する場合は必ず簡易書留で郵送して下さい。

送付先はこちらです。

精療クリニック小林 情報管理係 宛
〒650-0022 神戸市中央区元町通 2-8-14 オルタンシアビル 9F