No.

株式会社健康保険医療情報総合研究所御中

個人情報に関する開示等申請書

年　　月　　日

以下の通り御社に提出した個人情報について、対応を申請します。

申請内容（該当項目を〇で囲んでください）	
利用目的の通知 個人情報の開示 訂正、追加、削除 利用の停止、消去、第三者への提供の停止	
申請者	氏名　　㊞
	住所
	電話
	メールアドレス
どなたの個人情報が必要ですか	氏名
	住所
	電話
	申請者と個人情報の本人との間柄
開示請求に係る件名または内容 ＊＊何で集めた個人情報か＊＊	
＜申請者の本人確認書類＞ □住民票の写し　□運転免許証のコピー　□健康保険証のコピー □住民基本台帳カードのコピー　□パスポートのコピー　□年金手帳のコピー □外国人登録証明書のコピー　□印鑑登録証明書	

弊社使用欄――――――――――――――――――――――――

受付：	受付者：　　年　月　日	本人確認書類：
ＣＰＯ承認：	開示可否：　可　否　　年　月　日　　㊞	
対応：	対応者：　　年　月　日	委任状番号：