

(1) 患者本人の場合

【郵送による提出・開示】

・下記書類をご用意のうえ、ご提出ください。

請求者	必要書類
開示請求者本人	保有個人情報開示請求書 請求者本人であることを確認する書類 (※1) の複写物 請求者の住民票の写し (※3)
法定代理人	保有個人情報開示請求書 請求者本人であることを確認する書類 (※1) の複写物 請求者の住民票の写し (※3) 法定代理人であることを証明する書類 (※2, 3) 【法人が請求する場合】 請求者本人であることを確認する書類 (※1) の複写物 法定代理人であることを証明する書類 (※2, 3) 請求者の住民票の写し (※3) 法人の登記事項証明書 (※3) 法人の印鑑証明書 (請求書に実印の押印が必要) (※3)
任意代理人	保有個人情報開示請求書 請求者本人であることを確認する書類 (※1) の複写物 請求者の住民票の写し (※3) 委任状など任意代理人であることを証明する書類 (※4) 委任者本人であることを確認する書類 (※1) の複写物

※1 写真付き公的身分証明書 (運転免許証, 個人番号カードなど) の場合は 1点, 写真付き公的身分証明書がない場合は, 2点必要となります。

(例: 健康保険証と年金手帳など)

※2 戸籍謄本や登記事項証明書等が必要となります。

※3 開示請求の前30日以内に発行されたもので原本に限ります。

※4 委任状は, 開示請求の前30日以内に作成されたもので原本に限ります。

提出先

〒989-6174

宮城県大崎市古川千手寺町二丁目3番15号

大崎市民病院 健康管理センター 管理課