様式　1

自己情報開示請求書

令和　　年　　月　　日

北海道歯科医師国民健康保険組合理事長　様

開示申出人　住　　所

氏　　名　　㊞

電話番号　　－　　－

下記の通り自己情報の開示を請求します。

<table>
<tr><td colspan="2">１．請求に係わる自己情報の内容</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">２．希望する開示方法（○で囲む）</td><td colspan="2">１　閲覧　　２　視聴　　３　写しの交付</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">３．本人以外の開示請求の場合</td><td>氏　　名</td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所
及び電話番号</td><td>TEL　　－　　－</td></tr>
<tr><td>患者本人との関係</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">＊事務処理簿</td><td>請求者本人確認欄</td><td colspan="2">1 運転免許証　2 パスポート　3 健康保険被保険者証
4 国民年金手帳　5 その他（　　）</td></tr>
<tr><td>請求者資格確認欄</td><td colspan="2">１　戸籍謄本　　２　その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">＊備　　考</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

注　１.「請求に係わる自己情報の内容」欄は、提供の請求をしようとする自己情報が特定できるよう具体的に記入してください。

２.本人以外の請求の場合は、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し、又は提示してください。さらに法定代理人以外の請求の場合は、本人の同意を確認する委任状を提出してください。

３．＊印欄は、記入しないでください。