

(様式例 4)

開示の実施方法等申出書

令和 年 月 日

池田泉州銀行健康保険組合 御中

(ふりがな)

氏 名

住所又は住居

〒

TEL ( )

個人情報の保護に関する法律（平成 1 5 年法律第 5 7 号）第 3 2 条第 1 項の規程に基づき、  
下記のとおり申し出をします。

記

1. 開示決定通知書の番号等

文書番号： \_\_\_\_\_

日 付： \_\_\_\_\_

2. 求める開示の実施方法

ア. 窓口交付

イ. 郵送による交付

3. 窓口交付を希望される場合の交付日時・場所

日時：令和 年 月 日 午前・午後 時

場所： 健康保険組合 ( 支部)

以上