

(様式6)

開示の実施方法等申出書

令和 年 月 日

健康保険組合 御中

氏名 (ふりがな) _____

住所又は居所

〒 _____ TEL () _____

個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第32条第1項の規定に基づき、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

診療年月	保険医療機関等名	実施の方法	
年 月診療分		1. 窓口交付	2. 郵送による交付
年 月診療分		1. 窓口交付	2. 郵送による交付
年 月診療分		1. 窓口交付	2. 郵送による交付
年 月診療分		1. 窓口交付	2. 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：池田泉州銀行健康保険組合

(住所： _____)