

保有個人情報開示請求書

年 月 日

(宛先)

実施機関 名古屋市長

請求者 〒

住所又は居所

ふりがな
氏 名

電話番号

個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第77条第1項の規定に基づき、次のとおり保有個人情報の開示を請求します。

1 請求に係る保有個人情報を特定するために必要な事項	_____のレセプト（国民健康保険診療報酬明細書） （_____年_____月分～_____年_____月分） 被保険者証記号番号：_____ 生年月日：_____年_____月_____日 （_____病院分、_____薬局分） 住所：_____氏名：_____	
2 本人確認等	(1) 開示請求者	☐ 本人 ☐ 法定代理人 ☐ 任意代理人
	(2) 請求者の本人確認書類	☐ 運転免許証 ☐ 個人番号カード ☐ 在留カード、特別永住者証明書又は特別永住者証明書とみなされる外国人登録証明書 ☐ その他（_____） ※請求書を送付して請求をする場合には、加えて住民票の写し等を添付してください。
	(3) 本人の状況等	（法定代理人又は任意代理人が請求する場合にのみ記載してください。） ア 本人の状況 ☐ 未成年者（_____年_____月_____日生） ☐ 成年被後見人 ☐ 任意代理人委任者 イ 本人のふりがな ウ 本人の住所又は居所
	(4) 代理人の請求資格確認書類	（法定代理人又は任意代理人が請求する場合にのみ記載してください。） ア 法定代理人が請求する場合、次のいずれかの書類を提示し、又は提出してください。 ☐ 戸籍謄本 ☐ 登記事項証明書 ☐ その他（_____） イ 任意代理人が請求する場合、次の書類を提示し、又は提出してください。 ☐ 委任状 ☐ その他（_____）
3 希望する開示の実施方法 ※任意記載	(1) ア又はイに○印をつけてください。アを選択した場合には、実施の方法等についても記載してください。 ア 窓口における開示の実施を希望する。 （実施の方法） ☐閲覧 ☐写しの交付 ☐視聴・聴取 （実施希望日） ☐開示決定日以降 ☐_____年_____月_____日 イ 郵送による写しの交付を希望する。 (2) 電磁的記録媒体による写しの交付 ☐希望する ☐希望しない ※保有個人情報が電磁的記録に記録されている場合に限りです。	

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

問い合わせ先 市民情報センター TEL052-972-3153（直通）

★国民健康保険被保険者のレセプトに関する保有
個人情報開示請求時の注意事項

- ① 国民健康保険団体連合会からレセプトが名古屋市に到着するまでに、診療から概ね2ヶ月程度かかります。名古屋市に到着する前に開示請求をされますと、文書を保有しておらず、開示することができませんのでご注意ください。
- ② 後期高齢者医療制度にご加入の方のレセプトの開示請求は、市民情報センターでは受付できません。愛知県後期高齢者医療広域連合（052-955-1227）へお問合せください。
- ③ レセプトの保存年限は5年です
- ④ レセプトに関するお問合せは、名古屋市健康福祉局保険年金課給付係（052-972-2568）へお問合せください。

記載例（本人が請求する場合）

整理番号 第 一 号

情報開示請求書

令和〇年〇〇月〇〇日

記入した日

〇〇〇-〇〇〇〇

住所 名古屋市〇〇区〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号

まるはち はなこ
丸八 花子

〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

（平成法律第57号）第77条第1項の規定に基づき、次の

1 請求に係る保

請求者本人のレセプト（国民健康保険診療報酬明細書）

（令和〇年〇月分～令和〇年〇月分）

被保険者証記号番号：×××××× 生年月日：昭和〇年〇月〇日

（△△ 病院分、△△ 薬局分）

住所：〇区〇〇町〇丁目〇〇番地／同上 氏名：名古屋 花子／同上

☒ 本人 ☐ 法定代理人 ☐ 任意代理人

☒ 運転免許証 ☐ 個人番号カード

☐ 在留カード、特別永住者証明書又は特
証明書

☒ その他（住民票の写し）

※請求書を送付して請求をする場合には
さい。

いつからいつまでの間にどの病院/登録
薬局を受診した際のレセプトを請
求したいかを記載してください。
（5年前までさかのぼれます）

当該病院等に通っていた時の
住所・氏名をご記入くださ
い。複数ある場合はすべてご
記入ください。

「請求者」の部分に記載され
た住所等・氏名と同じである
場合は「同上」とご記入くだ
さい。

「開示請求者」の欄は「本人」
を選択し、同封する本人確認書
類（コピー）に☒を入れてくだ
さい。なお、住民票の写しは原
本（区役所から交付されるその
もの。30 日以内に作成された
もの）の提出が必要です。

本人確認書
類

（法定代理人又は任意代理人が請求する場合にのみ記載してください。）

本人の状況 ☐ 未成年者（ 年 月 日生） ☐ 成年被後見人
☐ 任意代理人委任者

本人の氏名

本人の住所又は居所

（法定代理人又は任意代理人が請求する場合にのみ記載してください。）

法定代理人が請求する場合、次のいずれかの書類を提示し、又は提出してく
ださい。

☐ 戸籍謄本 ☐ 登記事項証明書 ☐ その他（ ）

イ 任意代理人が請求する場合、次の書類を提示し、又は提出してください。

☐ 委任状 ☐ その他（ ）

（1）ア又はイに〇印をつけてください。アを選択した場合は、実施の方法等についても
記載してください。

☒ ア 窓口における開示の実施を希望する。

（実施の方法） ☐ 閲覧 ☒ 写しの交付 ☐ 視聴・聴取

（実施希望日） ☒ 開示決定日以降 ☐ 年 月 日

イ 郵送による写しの交付を希望する。

（2）電磁的記録媒体による写しの交付 ☐ 希望する ☒ 希望しない
※保有個人情報電磁的記録に記録されている場合に限りです。

希望する開示の実施方法は、で
きる限り記載してください。窓
口での受け取りを希望する場
合は、特に受け取りを希望する日
がなければ「開示決定日以降」
を選択してください。
なお希望日等を記載していただ
いた場合でも、ご希望に沿えな
い場合があります。

問い合わせ先 市民情報センター Tel052-972-3153（直通）

★国民健康保険被保険者のレセプトに関する保有
個人情報開示請求時の注意事項

- ① 国民健康保険団体連合会からレセプトが名古屋市に到着するまでに、診療から概ね2ヶ月程度かかります。名古屋市に到着する前に開示請求をされますと、文書を保有しておらず、開示することができませんのでご注意ください。
- ② 後期高齢者医療制度にご加入の方のレセプトの開示請求は、市民情報センターでは受付できません。愛知県後期高齢者医療広域連合（052-955-1227）へお問合せください
- ③ レセプトの保存年限は5年です
- ④ レセプトに関するお問合せは、名古屋市健康福祉局保険年金課給付係（052-972-2568）へお問合せください。

記載例（代理人が請求する場合）

整理番号 第 一 号

情報開示請求書

令和〇年〇〇月〇〇日

記入した日

〇〇〇-〇〇〇〇

住所 名古屋市〇〇区〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号

まるはち はなこ
丸八 花子

〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

（法律第57号）第77条第1項の規定に基づき、次の

当該病院等に通っていた時の
本人（代理人が請求する場合は
未成年者・成年被後見人・
委任者を指します。）の住所・
氏名をご記入ください。
複数ある場合はすべてご記入
ください。

「開示請求者」の欄は代理人の
種類によって「法定代理人」又
は「任意代理人」を選択し、同
封する本人確認書類（コピー）
に☒を入れてください。なお、
住民票の写しは原本（区役所か
ら交付されるそのもの。30日
以内に作成されたもの）の提出
が必要です。

希望する開示の実施方法は、で
きる限り記載してください。窓
口での受け取りを希望する場
合は、特に受け取りを希望する
日がなければ「開示決定日以降」
を選択してください。
なお希望日等を記載していただ
いた場合でも、ご希望に沿えな
い場合があります。

請求者の子／成年被後見人／委任者 丸八 太郎のレセプト（国民健康
保険診療報酬明細書）（令和〇年〇月分～令和〇年〇月分）

被保険者証記号番号：×××××× 生年月日：昭和〇年〇月〇日

（△△ 病院分、△△ 薬局分）

住所：〇区〇〇町〇丁目〇〇番地 氏名：丸八 太郎

☐本人 ☒法定代理人 ☐任意代理人

☐運転免許証 ☒個人番号カード

☐在留カード、特別永住者証明書又は特別
証明書

☒その他（住民票の写し）

※請求書を送付して請求をする場合には、
さい。

（法定代理人又は任意代理人が請求する場合にのみ記載してください。）

ア 本人の状況 ☒未成年者（令和〇年〇〇月〇〇日生） ☐成年被後見人

☐任意代理人委

イ 本人の氏名 丸八 太郎

ウ 本人の住所又は居所 ●●県●●市●●町●●丁目●●番●●号

（法定代理人又は任意代理人が請求する場合にのみ記載してください。）

ア 法定代理人が
ださい。

☒戸籍謄本 ☐
イ 任意代理人が
ださい。

☐委任状 ☐その他（ ）

1) ア又はイに〇印をつけてください。アを選択した場合には、実施の方法等についても
記載してください。

ア 窓口における開示の実施を希望する。

（実施の方法） ☐閲覧 ☐写しの交付 ☐視聴・聴取

（実施希望日） ☐開示決定日以降 ☐ 年 月 日

イ 郵送による写しの交付を希望する。

2) 電磁記録媒体による写しの交付 ☐希望する ☒希望しない

※保有個人情報が電磁記録で記録されている場合に限りです。

3) 日本産業規格A4とする。

問い合わせ先 市民情報センター Tel052-972-3153（直通）

いつからいつまでの間にどの病院/
薬局を受診した際のレセプトを請
求したいかを記載してください。
（5年前までさかのぼれます）

本人の氏名及び住所等は現在のものをご記入ください。

代理人であることが分かる書類は開示請求日より30日
以内のものを原本でご用意ください。添付書類もご確
認ください。