

(様式1)

平成 年 月 日提出

保有個人データ（診療報酬明細書等以外）開示請求書

キリンビール健康保険組合理事長殿

請求者 氏 名 _____
生年月日 _____年 月 日 生まれ
住 所 〒 _____
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25条第1項
の規定に基づき、次のとおり保有個人データの開示を請求します

開示請求に係る 個人情報の内容		
※ 対象となる個人情報を特定するため、具体的に記入して下さい。		
開示希望方法の区分		1. 閲覧 2. 写しの交付（窓口） 3. 写しの交付（郵送）
請求者の区分		1. 本人 2. 法定代理人 3. 任意代理人
法定代理人・ 任意代理人が 請求する場合	本人との 続柄	
	本人の 氏名	
	本人の 生年月日	年 月 日 生まれ
	本人の 住所等	〒 電話番号 (_____) _____

(裏面)

※以下の各欄は記入する必要がありません。

A 依頼者の本人 確認書類	1. 運転免許証 2. 健康保険被保険者証 3. 船員保険被保険者証 4. 国民健康保険被保険者証 5. 共済組合員証 6. 外国人登録証明書 7. 住民基本台帳カード 8. 旅券 (パスポート) 9. 年金手帳 (年 金証書) 10. 共済年金証書 11. 恩給証書 12. その他 ()
---------------------	---

B 法定代理人の 確認書類	1. 戸籍謄本 (抄本) 2. 住民票 3. 登記事項証明書 4. 家庭裁判所の証明書 5. その他 ()
---------------------	---

C 任意代理人の 確認書類	1. 被保険者又は被扶養者本人の署名・押印のある「委任状」 2. 委任状に押印された印の印鑑登録証明書
---------------------	--

Cの書類は2点とも必要。

(様式2)

平成 年 月 日

キリンビール健康保険組合理事長殿

保有個人データ開示請求（依頼）委任状

(委任者)

氏名 _____ 印

住所 〒 _____

電話番号 _____

私の「保有個人データ開示請求（依頼）」に関する権限を下記のものに委任いたします。

受任者の 氏名： _____ 委任者との関係： _____

住所： 〒 _____

電話番号： _____

(様式3-1)

平成 年 月 日

文書番号 _____

_____様

キリンビール健康保険組合理事長



保有個人データ（診療報酬明細書等以外）開示決定通知書

平成 年 月 日付で開示請求（依頼）のありました保有個人データについて、次のとおり開示することを決定しましたので、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第29条第1項の規程に基づき通知します。

開示請求（依頼）に係る個人情報の内容	
開示の日時	年 月 日 午前 時 分 午後
開示の場所	
開示できる方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付（窓口） <input type="checkbox"/> 写しの交付（郵送）
閲覧及び窓口交付のときに必要なもの	1)本人又は代理人であることを明らかにする書類等 2)この通知書
担当	健康保険組合 (TEL)
備考	

この決定に対してご質問等がある場合は、担当までお問い合わせ下さい。

(様式3-2)

平成 年 月 日
文書番号 _____

_____様

キリンビール健康保険組合理事長 印

保有個人データ（診療報酬明細書等以外）一部開示決定通知書

平成 年 月 日付で開示請求（依頼）のありました保有個人データについては、次のとおり一部開示することと決定しましたので、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第29条第1項の規程に基づき通知します。

開示申出に係る個人情報 の件名又は内容	
一部不開示とする理由	
開示の日時	年 月 日 午前・午後 時 分
開示の場所	
開示できる方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付（窓口） <input type="checkbox"/> 写しの交付（郵便）
閲覧及び窓口交付 のときに必要なもの	1)本人又は代理人であることを明らかにする書類等 2)この通知書
担 当	キリンビール健康保険組合 TEL - -
備 考	

この決定に対してご質問等がある場合は、担当までお問い合わせ下さい。

(様式4)

開示の実施方法等申出書

平成 年 月 日

キリンビール健康保険組合 御中

(ふりがな)

氏 名

住所又は住居

〒

TEL ()

個人情報保護に関する法律(平成15年法律第57号)第29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: 平成 年 月 日 午前・午後 時

場所: キリンビール健康保険組合

以上

(様式5)

平成 年 月 日
文書番号 _____

_____様

キリンビール健康保険組合理事長 印

保有個人データ（診療報酬明細書等以外）不開示決定通知書

平成 年 月 日付で開示請求（依頼）のありました下記の保有個人データについて、次のとおり不開示と決定しましたので、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第25条第2項に基づき通知します。

開示申出に係る個人情報の件名又は内容	
開示しない理由	
担 当	キリンビール健康保険組合 TEL - -
備 考	

この決定に対してご質問等がある場合は、担当までお問い合わせ下さい。

(様式6)

平成 年 月 日
文書番号 _____

_____様

キリンビール健康保険組合理事長 印

保有個人データ（診療報酬明細書等以外）不存在通知書

平成 年 月 日付で開示請求のありました保有個人データについては、当該個人情報が存在しませんでしたので通知します。

開示申出に係る個人情報の件名又は内容	
当該保有個人データが存在しない理由	
担 当	キリンビール健康保険組合 TEL - -
備 考	

この決定に対してご質問等がある場合は、担当までお問い合わせ下さい。

(様式7)

平成 年 月 日
文書番号 _____

_____様

キリンビール健康保険組合理事長 印

保有個人データ（診療報酬明細書等以外）の開示決定期限延長について

平成 年 月 日付で開示請求（依頼）のありました保有個人データについては、次のとおり開示の決定期限を延長しましたので通知します。

開示申出に係る個人情報 の件名又は内容	
〇〇〇に規定する 決定期限	年 月 日 まで
上記の期限内に開示等 の決定をすることがで きない理由	
延長後の決定期限	年 月 日 まで
担 当	キリンビール健康保険組合 TEL - -
備 考	

この決定に対してご質問等がある場合は、担当までお問い合わせ下さい。

(様式8)

平成 年 月 日提出

保有個人データ（診療報酬明細書等以外）開示依頼書

キリンビール健康保険組合理事長殿

依頼者 氏 名 _____
生年月日 _____ 年 月 日 生まれ
住 所 〒 _____
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25条第1項
の規定に基づき、次のとおり保有個人データの開示を請求します。

開示依頼に係る 個人情報の内容 ※ 対象となる個人情報を特定するため、具体的に記入して下さい。		
開示希望方法の区分		1. 閲覧 2. 写しの交付（窓口） 3. 写しの交付（郵送）
依頼者の区分		1. 遺族 2. 法定代理人 3. 任意代理人
法定代理人・ 任意代理人が 依頼する場合	本人との 続柄	
	本人の 氏名	
	本人の 生年月日	年 月 日 生まれ
	本人の 住所等	〒 電話番号 () _____

(様式9)

平成 年 月 日提出

保有個人データ訂正・利用停止等届出書

キリンビール健康保険組合理事長殿

届出者 氏 名 _____
生年月日 _____年 月 日 生まれ
住 所 〒 _____
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26条および第27条の規定に基づき、次のとおり保有個人データの訂正・利用停止等を届出します。

届出に係る 個人情報の内容		
※ 対象となる個人情報を特定 するため、具体的に記入して下 さい。		
届出者の区分		1. 本人 2. 法定代理人 3. 任意代理人
法定代理人・任意代 理人が請求する場 合	本人との 続柄	
	本人の 氏名	
	本人の 生年月日	_____年 月 日 生まれ
	本人の 住所等	〒 電話番号 (_____) _____

(様式10)

平成 年 月 日

キリンビール健康保険組合理事長殿

保有個人データ訂正・利用停止等届出 委任状

(委任者)

氏名 _____ 印

住所 〒 _____

電話番号 _____

私の「保有個人データ訂正・利用停止等届出」に関する権限を下記のものに委任いたします。

受任者の 氏名 : _____ 委任者との関係 : _____

住所 : 〒 _____

電話番号 : _____

(様式11)

平成 年 月 日

文書番号 _____

_____様

キリンビール健康保険組合理事長



保有個人データ（訂正・利用停止等届出書）に関する決定について

平成 年 月 日付で（訂正・利用停止）届出のありました保有個人データについて、次のとおり決定いたしましたので、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第26条第2項及び第27条第3項の規程に基づき通知します。

届出に係る個人情報の内容	
決定内容	
担当	健康保険組合 (TEL)
備考※	

※ 訂正・利用停止等を行えない場合は備考欄にその理由を記載する。