

個人情報開示等請求書

I 開示等を求める本人の氏名等を記入してください。

氏名	性別	生年月日	保険証記号番号

II 個人情報の開示等の請求について、該当する番号に○印を付けてください。

- 1 個人情報の利用目的の通知の請求（法第 32 条第 2 項）
- 2 個人情報の開示の請求（法第 33 条第 1 項）
- 3 個人情報の訂正、追加又は削除の請求（法第 34 条第 1 項）
- 4 個人情報の利用停止の請求（法第 35 条第 1・3・5 項）

III IIの開示等の請求のうち、2, 3, 4 の場合は請求を求める期間および種類について記入してください。（1 の場合は記入不要）

国家公務員共済組合連合会

東京共済病院 病院長 宛

個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）に基づき、国家公務員共済組合連合会東京共済病院が保有する個人情報の開示等を求めます。

年 月 日

住所

電話番号

氏名

印