

保有個人データの開示等について

クオール株式会社が保有する個人データの開示等につきましては、以下の手順によりご請求ください。

1.開示等のご請求先

提出書類一式を個人情報問合せ・相談窓口宛てにご郵送ください。但し、ご本人による開示のご請求で開示対象の保有個人データが『調剤報酬明細書』のみの場合に限り、ご利用店舗窓口でも承ります。

〒105-8452 東京都港区虎ノ門4-3-1 城山トラストタワー37階
クオール株式会社 個人情報問合せ・相談窓口 行

2.開示等の請求におけるご提出書類

ご請求される方がご本人か代理人かにより、それぞれ下表のとおり書類が必要となります。

(請求者)		ご本人	未成年者又は成年被 後見人の法定代理人	ご本人から委任 された代理人
(書類等)				
個人情報開示等請求書		○	○	○
本人確認書類 (*1)	ご本人のもの	○	○	○
	法定代理人のもの		○	
	代理人のもの			○
法定代理権を証明する書類(*2)			○	
ご本人の委任状(*3)				○

(*1) 写し又はコピーをご用意ください。なお、直接ご本人がご利用店舗窓口へ調剤報酬明細書の開示をご請求される場合は、店舗窓口で原本をご提示ください。

1点で確認 できるもの	公的機関が発行した住所・氏名の記載及び顔写真の添付がある身分証明書（運転免許証、パスポート、個人番号カード等）
2点で確認 できるもの	公的機関が発行した住所・氏名の記載がある身分証明書（健康保険被保険者証、年金手帳等） 住民票（本籍欄不要、開示等の求めをする日より1ヶ月以内に発行されたもの）

(*2) 開示等の求めをする日より6ヶ月以内に発行された戸籍謄（抄）本、続柄の後見登記の登記事項証明書等。

(*3) ご本人の直筆もしくは署名のあるもの、もしくは弊社の書式（「委任状」）をご利用ください。但し、ご本人が委任状を書くことができない状態の場合はその旨を明記してください。

※**本籍の記載されている資料（住民票、戸籍謄本等）は、本籍欄を黒く塗りつぶしてからお送りください。**なお、本籍地と住所が同じで、本籍欄を塗りつぶすと住所が確認できなくなる場合（例えば、住所欄が同上などと記載されている場合等）には、本籍欄を塗りつぶさずにお送りいただくか、他の資料をお送りください。また、**個人番号カードのコピーをお送りいただく場合は、法令に定める目的以外での利用ができないため、個人番号が記載されている「裏面」のコピーをなさらないようにご注意ください。**

3.開示等の請求に関する手数料

- 個人情報の開示又は利用目的の通知をご請求される場合、**手数料1,000円（消費税込み）が必要**となります。
- お支払い方法は、1,000円分の定額小為替（発行手数料はご負担ください）を提出書類にご同封ください。
- その他のご請求（変更、利用停止等）及び調剤報酬明細書の開示をご利用店舗窓口へご請求され、ご利用店舗窓口でお受け取りになる場合の**手数料は不要**です。

4.開示等の請求に対する回答方法

請求書にご記入いただいた「回答書等の郵送先」ご住所へ、配達記録が確認できる方法により、書面にて回答いたします。但し、調剤報酬明細書の開示をご利用店舗窓口へご請求された場合は、原則、ご利用店舗窓口でのお渡しとなります。

5.注意事項

- 提出書類に不備があると、開示等できない場合があります。
- 代理人によるご請求の場合、代理権の確認が取れない際は開示等いたしません。（代理人についてご本人に確認のご連絡をさせていただく場合があります。）
- 個人データの内容によっては、手続きにお時間がかかる場合や開示等をお断りする場合があります。
- 申請は上記の方法のみで、口頭、電話、ファックス、メール等の方法での申請は一切お断りいたします。

以 上

※別紙「保有個人データの開示等について」も併せてご確認ください。

個人情報開示等請求書

ご記入日：(西暦) 年 月 日

クオール株式会社 行

請求者	住 所	〒 ー
	氏 名	フリガナ
	電話番号	

「個人情報保護に関する法律」に基づき、

- ☐ 私（請求者）の保有個人データについて、次の通り請求します。
- ☐ 本人に代理して ☐ の保有個人データについて、次の通り請求します。

請求内容	☐ 開示 ☐ 利用目的の通知 ☐ 変更（ ☐ 訂正 ☐ 追加 ☐ 削除） ☐ 利用停止等（ ☐ 利用停止 ☐ 消去 ☐ 第三者への提供停止）
請求内容の詳細	・ 請求理由 ・ 請求する保有個人データ ・ 請求期間
利用店舗名	
最終利用時期	
回答書等の郵送先	☐ 上記の住所と同じ ☐ 他の住所（以下にご記入ください） 〒 ー

代理人の方がご請求される場合には、以下の欄もご記入ください。

本人の状況等	本人の氏名	フリガナ
	本人の住所	☐ 上記の住所と同じ ☐ 他の住所（以下にご記入ください） 〒 ー
	本人の状況	☐ 未成年者 ☐ 成年被後見人 ☐ 成年者

本請求書及びご提出いただきましたご本人確認書類等は、お客様からの開示等のご請求手続き及びご本人確認等を行うことをのみを目的として利用いたします。なお、利用後は、弊社にて適切に処分させていただきます。

《弊社記入欄》 受付日： 年 月 日 (担当：)

本人（代理人）確認	☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ マイナンバーカード（個人番号カード） ☐ 健康保険被保険者証 ☐ 年金手帳 ☐ 住民票 ☐ その他（ ）						
代理権確認	☐ 戸籍謄（抄）本 ☐ 登記事項証明書 ☐ 委任状 ☐ その他（ ）						
対応可否	☐可 ☐否* *理由						
対応内容							
回答書送付日	年	月	日	PMS 委員会委員長確認	年	月	日 (印)
対応完了日	年	月	日				

記載例: 本人の場合

個人情報開示等請求書

ご記入日：(西暦) 〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日

クオール株式会社 行

請求者	住 所	〒 105 - 0001 東京都港区虎ノ門 4-3-1
	氏 名	フリガナ チョウザイ ハナコ 調剤 花子
	電話番号	03-6430-〇〇〇〇

「個人情報の保護に関する法律」に基づき、
☒ 私（請求者）の保有個人データについて、次の通り請求します。
☐ 本人に代理して の保有個人データについて、次の通り請求します。

請求内容	☒ 開示 ☐ 利用目的の通知 ☐ 変更（ ☐ 訂正 ☐ 追加 ☐ 削除） ☐ 利用停止等（ ☐ 利用停止 ☐ 消去 ☐ 第三者への提供停止）
請求内容の詳細	・ 請求理由 全額自己負担した医療費の療養費支給申請手続きに必要なため ・ 請求する保有個人データ 調剤報酬明細書 ・ 請求期間 〇〇〇〇年〇月分
利用店舗名	クオール薬局〇〇店
最終利用時期	〇〇〇〇年〇月〇日
回答書等の 郵送先	☒ 上記の住所と同じ ☐ 他の住所（以下にご記入ください） 〒 調剤報酬明細書をご利用店舗窓口へご請求される場合、回答書等は店舗窓口でのお渡しになりますので、郵送先の記入は不要です。

代理人の方がご請求される場合は

本人の 状況等	本人の氏名	フリガナ
	本人の住所	☐ 上記の住所と同じ ☐ 他の住所（以下にご記入ください） 〒 -
	本人の状況	☐ 未成年者 ☐ 成年被後見人 ☐ 成年者

本請求書及びご提出いただきましたご本人確認書類等は、お客様からの開示等のご請求手続き及びご本人確認等を行うことのみを目的として利用いたします。なお、利用後は、弊社にて適切に処分させていただきます。

《弊社記入欄》 受付日： 年 月 日 (担当者：)

本人（代理人）確認	☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ マイナンバーカード（個人番号カード） ☐ 健康保険被保険者証 ☐ 年金手帳 ☐ 住民票 ☐ その他（ ）		
代理権確認	☐ 戸籍謄（抄）本 ☐ 登記事項証明書 ☐ 委任状 ☐ その他（ ）		
対応可否	☐ 可 ☐ 否* *理由		
対応内容			
回答書送付日	年 月 日	PMS 委員会委員長確認	年 月 日 印
対応完了日	年 月 日		

記載例：代理人の場合

個人情報開示等請求書

ご記入日：（西暦）〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日

クオール株式会社 行

請求者	住 所	〒 105 - 0001 東京都港区虎ノ門 4-3-1
	氏 名	フリガナ チョウザイ タロウ 調剤 太郎
	電話番号	03-6430-〇〇〇〇

「個人情報の保護に関する法律」に基づき、
☐ 私（請求者）の保有個人データについて、次の通り請求します。
☒ 本人に代理して 調剤 一郎 の保有個人データについて、次の通り請求します。

請求内容	☒ 開示 ☐ 利用目的の通知 ☐ 変更（ ☐ 訂正 ☐ 追加 ☐ 削除） ☐ 利用停止等（ ☐ 利用停止 ☐ 消去 ☐ 第三者への提供停止）
請求内容の詳細	・ 請求理由 全額自己負担した医療費の療養費請求の手続きに必要なため ・ 請求する保有個人データ 調剤報酬明細書 ・ 請求期間 〇〇〇〇年〇月分
利用店舗名	クオール薬局〇〇店
最終利用時期	〇〇〇〇年〇月〇日
回答書等の 郵送先	☒ 上記の住所と同じ ☐ 他の住所（以下にご記入ください） 〒 ー

代理人の方がご請求される場合には、以下の欄もご記入ください。

本人の 状況等	本人の氏名	フリガナ チョウザイ イチロウ 調剤 一郎
	本人の住所	☒ 上記の住所と同じ ☐ 他の住所（以下にご記入ください） 〒 ー
	本人の状況	☒ 未成年者 ☐ 成年被後見人 ☐ 成年者

本請求書及びご提出いただきましたご本人確認書類等は、お客様からの開示等のご請求手続き及びご本人確認等を行うことのみを目的として利用いたします。なお、利用後は、弊社にて適切に処分させていただきます。

《弊社記入欄》 受付日： 年 月 日 （担当者： ）			
本人（代理人）確認	☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ マイナンバーカード（個人番号カード） ☐ 健康保険被保険者証 ☐ 年金手帳 ☐ 住民票 ☐ その他（ ）		
代理権確認	☐ 戸籍謄（抄）本 ☐ 登記事項証明書 ☐ 委任状 ☐ その他（ ）		
対応可否	☐ 可 ☐ 否* [*理由]		
対応内容			
回答書送付日	年 月 日	PMS 委員会委員長確認	年 月 日 印
対応完了日	年 月 日		

委任状

ご記入日：(西暦) 年 月 日

クオール株式会社 行

【委任者】

氏 名	フリガナ
	印
住 所	〒 ー
電話番号	

私（委任者）は、下記のものを代理人と定め、クオール株式会社が保有する私の個人データの開示等に係る請求手続き一切の権限を委任します。

【代理人】

氏 名	フリガナ
住 所	〒 ー
電話番号	

以上

※注意事項※

- ご本人（委任者）がすべての項目を自筆で記入してください。ご本人によるご記入が困難な場合は、本用紙の余白または裏面に代筆をしなければならない理由及び代筆者の方のご住所・お名前を明記してください。
- 本用紙はご本人から委任された代理人である場合にのみご提出ください。未成年者または成年被後見人の法定代理人である場合は法定代理権を証明する書類が必要です。

2018 年 10 月 作成
クオール株式会社