

記載例: 本人の場合

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	〒 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	03-6430-0000

「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	<input checked="" type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 変更（ <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除） <input type="checkbox"/> 利用停止等（ <input type="checkbox"/> 利用停止 <input type="checkbox"/> 消去 <input type="checkbox"/> 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 ○○○○年○月分
利用店舗名	クオール薬局○○店
最終利用時期	○○○○年○月○日
回答書等の郵送先	<input checked="" type="checkbox"/> 上記の住所と同じ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 上記の住所と同じ <input type="checkbox"/> 他の住所（以下にご記入ください） 〒 _____
	本人の状況	<input type="checkbox"/> 未成年者 <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード（個人番号カード） <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
代理権確認	<input type="checkbox"/> 戸籍謄（抄）本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
対応可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 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 ⑩
対応完了日	_____ 年 _____ 月 _____ 日		

