（様式第８）

**提供停止・削除請求書**

年　月　日

〒112-0002　東京都文京区小石川1丁目28番1号 小石川桜ビル6階

一般財団法人日本医師会医療情報管理機構　認定事業医療情報等相談センター　御中

医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律31条第１項の規定に基づき、以下の通り医療情報の提供停止・削除を請求します。

* 下記の必要事項をご記入し、必要な本人確認書類等を添付の上、弊法人認定事業医療情報等相談センター宛てにご郵送又は電子メールにてお送りください（郵送料又は通信料は請求者負担）。なお、添付いただく本人確認書類等は、現在の住居の表示の有無によって異なります。弊法人ホームページをご覧いただくか、認定事業医療情報等相談センターにお問い合わせください。

**太枠内は必須記載事項となります。ご記入漏れのないようご注意ください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 提供停止・削除の対象者の特定に係る情報 | ふりがな | |  | | | | | | | |
| 氏　　名 | |  | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| 住　　所 | | 〒　　－ | | | | | | | |
| 電話番号 | | （　　　　）　　－ | | | | | | | |
| メールアドレス | | お持ちの方のみご記入ください | | | | | | | |
| 以下(1)～(2)のいずれかに従って本人確認書類をご用意ください。　※代理人等による請求の場合は、裏面の必要書類をご提示ください。  (1) 現住居の表示がある本人確認書類A又はBのいずれか１種類  (2) 現住居の表示がない本人確認書類A又はBのいずれか１種類＋現住居の記載がある本人確認書類Cのいずれか１種類 （書類Cは本人のものに限る） | | | | | | | | | |
| 本人確認書類A（写し）  ※有効期間内のものに限る | | １健康保険証　２運転免許証　３パスポート　４個人番号カード  ５その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 本人確認書類B（原本又は写し）  ※３か月以内に発行されたものに限る | | １住民票の写し　２住民票の記載事項証明書　３印鑑登録証明書 | | | | | | | |
| 本人確認書類C（写し）  ※６か月以内の日付が記載されたものに限る | | １公共料金の領収証書　２社会保険料の領収証書  ３国税・地方税の領収証書・納税証明書 | | | | | | | |
| 医療情報の特定のための情報  ※提供停止・削除する医療情報を特定するため、できる限りご記入ください。  ※保険者番号や診察券番号が変更されている場合等は、過去に医療情報を提供した時点の番号もご記入ください。 |  | 保険者番号 | 保険者名 | | 記号 | | | 番号 | 枝番 |
| ☐ 国民健康保険 |  |  | |  | | |  |  |
|  |  | |  | | |  |  |
| ☐ 健康保険組合・協会 |  |  | |  | | |  |  |
|  |  | |  | | |  |  |
| ☐ 共済組合 |  |  | |  | | |  |  |
|  |  | |  | | |  |  |
| ☐ その他の公的医療保険 |  |  | |  | | |  |  |
|  |  | |  | | |  |  |
| ☐ 介護保険 | 保険者番号 | | 保険者名 | | | 被保険者番号 | | |
| ☐ 後期高齢者医療保険 | 保険者番号 | | 保険者名 | | | 被保険者番号 | | |
| ☐ 医療機関の診察券番号等  ※複数ある場合は複数ご記入ください。 | 医療機関名 | | | | 診察券番号等 | | | |
|  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 代理人等による請求の場合の  請求者に係る情報 | ふりがな |  | |
| 代理人等の氏名 |  | |
| 代理人等の住所 | 〒　　－ | |
| 電話番号 | （　　　　）　　－ | |
| メールアドレス | お持ちの方のみご記入ください | |
| 代理人等の区別（上段）  代理権等確認書類等（下段） | １ | 親権者 |
| (1) 戸籍謄本（写し可）　(2) 住民票の写し（写し可）  (3) 扶養関係又は同居していることが確認できる書類  例：請求対象者及び代理人（両方）の下記書類のいずれか  (a)（同一の記号番号の）健康保険証  (b)（同一の住所の記載がある）本人確認書類 |
| ２ | 成年後見人 |
| 登記事項証明書（写し可） |
| ３ | 任意代理人 |
| 委任状及び下記書類のいずれか  (a) 請求対象者の印鑑証明書（写し可）  (b) 請求対象者の本人確認書類（写し可） |
| ４ | 相続人 |
| (1) 戸籍謄本（写し可）　(2) 法定相続情報一覧図（写し可） |
| ５ | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 以下(1)～(2)のいずれかに従って代理人等の本人確認書類をご用意ください  (1) 現住居の表示がある本人確認書類A又はBのいずれか１種類  (2) 現住居の表示がない本人確認書類A又はBのいずれか１種類＋現住居の記載がある本人確認書類Cのいずれか１種類 （書類Cは本人のものに限る） | | |
| 代理人等の本人確認書類A  （写し）  ※有効期間内のものに限る | １健康保険証　２運転免許証　３パスポート　４個人番号カード  ５その他（　　　　　　　　　　　　　） | |
| 代理人等の本人確認書類B  （原本又は写し）  ※３か月以内に発行されたものに限る | １住民票の写し　２住民票の記載事項証明書　３印鑑登録証明書 | |
| 代理人等の本人確認書類C  （写し）  ※６か月以内の日付が記載されたものに限る | １公共料金の領収証書　２社会保険料の領収証書  ３国税・地方税の領収証書・納税証明書） | |

|  |  |
| --- | --- |
| 請求に対する回答方法 | １書面の郵送  ２電子メールによるデータの送信  ３その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |