

(様式第4)

利用目的通知請求書

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 認定事業管理情報等相談センター 御中

個人情報の保護に関する法律第32条第2項の規定に基づき、以下の通り個人情報の利用目的通知を請求します。

※ 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、弊法人認定事業管理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ください。認定事業管理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。

利用目的通知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)~(3)のいずれか1つに従って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2種類 (2) 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+現住居の記載がある本人確認書類Cのいずれか1種類 (3) 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2種類 (書類Cのうち1種類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(同居者のものを含む) 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 ※利用目的通知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。	<input type="checkbox"/> 国民健康保険	保険者番号	保険者名	記号	番号	枝番
<input type="checkbox"/> 健康保険組合・協会						
<input type="checkbox"/> 共済組合						
<input type="checkbox"/> その他の公的医療保険						
<input type="checkbox"/> 介護保険	保険者番号	保険者名		被保険者番号		
<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険	保険者番号	保険者名		被保険者番号		
<input type="checkbox"/> 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		

