

(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 認定事業管理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及び仮名加工医療情報に関する法律第52条第1項及び第57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。

|   |  |   |        |    |    |  |
|---|--|---|--------|----|----|--|
| 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。<br>(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<br>(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<br>(書類Cは本人のものに限る) |   |        |    |    |  |
|   | 本人確認書類A (写し)<br>※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<br>5 その他 ( )  |        |    |    |  |
|   | 本人確認書類B (原本又は写し)<br>※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)<br>※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<br>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<br>※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。<br><br>※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 |  |
| <input type="checkbox"/> 国民健康保険   |  |   |        |    |    |  |
| <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<br>※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 |    |    |  |
|   |  |   |        |    |    |  |
|   |  |   |        |    |    |  |
|   |  |   |        |    |    |  |

