

(様式 6)

開示の実施方法等申出書

令和 年 月 日

セキスイ健康保険組合 御中

(フリガナ)

氏 名 _____

住所又は居所

〒 _____

電話 _____

個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第32条第1項の規定に基づき、
下記のとおり申し出をします。

記

1. 開示決定通知書の番号等

受付整理番号: _____

日 付: _____

2. 求める開示の実施方法

診 療 年 月	保 険 医 療 機 関 名 等	開 示 方 法
年 月診療分		1. 窓口交付 2. 郵送による交付
年 月診療分		1. 窓口交付 2. 郵送による交付
年 月診療分		1. 窓口交付 2. 郵送による交付
年 月診療分		1. 窓口交付 2. 郵送による交付
年 月診療分		1. 窓口交付 2. 郵送による交付
年 月診療分		1. 窓口交付 2. 郵送による交付
年 月診療分		1. 窓口交付 2. 郵送による交付
年 月診療分		1. 窓口交付 2. 郵送による交付
年 月診療分		1. 窓口交付 2. 郵送による交付
年 月診療分		1. 窓口交付 2. 郵送による交付

3. 窓口交付を希望される場合の交付日時・場所

日 時: 令和 年 月 日 午前・午後 時

場 所: セキスイ健康保険組合(住所 大阪市中央区今橋4丁目4番7号)

以 上