

様式第1号(第10条関係)
(開示請求対象者の場合)

死者情報開示請求書

令和〇年〇月〇日

沖縄県後期高齢者医療広域連合長 殿

(ふりがな) こうき たろう

請求者 氏名 後期 太郎
住所又は居所 〒904-1192
沖縄県〇〇市〇〇丁目〇番
電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

死者情報取扱規則第10条第1項の規定により、次のとおり請求します。

開示の実施方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 視聴 <input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付(<input type="checkbox"/> 郵送希望)
請求に係る死者の氏名等	氏名 <u>後期 花子</u> (生年月日 <u>昭和〇〇年〇月〇日</u>) 住所 <u>沖縄県〇〇市〇〇丁目〇番</u> 死亡日 <u>令和〇年〇月〇日</u>
請求に係る死者情報の名称等	<u>高額医療費支給金額 (令和〇年〇月から令和〇年〇月診療分)</u>
開示請求者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意代理人
※請求者本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 国民健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード又は住民基本カード(住所記載のあるもの) <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他()
以下は、法定代理人又は委任代理人が請求する場合のみ記載して下さい。	
本人の状況等	本人の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者の法定代理人(年 月 日生) <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 任意代理人委任者
	(ふりがな) 本人の氏名
	本人の住所又は居所
※請求資格確認書類	法定代理人が請求する場合に確認する書類 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他()
	任意代理人が請求する場合に確認する書類 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他()

(注) □のある欄は、該当する□内にレ印を記入してください。(※印の欄は記入しない。)

様式第1号(第10条関係)

(開示請求対象者の代理人の場合) *委任状の提出も必要です。

死者情報開示請求書

令和〇年〇月〇日

沖縄県後期高齢者医療広域連合長 殿

(ふりがな) かいご じろう

代理人の情報を記入して下さい。	請求者	氏名	介護 次郎
		住所又は居所	〒904-1192 沖縄県△△市〇〇丁目〇番
		電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

死者情報取扱規則第10条第1項の規定により、次のとおり請求します。

開示の実施方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 視聴 <input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付(<input type="checkbox"/> 郵送希望)
請求に係る死者の氏名等	氏名 後期 花子 (生年月日 昭和〇〇年〇月〇日) 住所 沖縄県〇〇市〇〇丁目〇番 死亡日 令和〇年〇月〇日
請求に係る死者情報の名称等	高額医療費支給金額 (令和〇年〇月から令和〇年〇月診療分)
開示請求者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input checked="" type="checkbox"/> 任意代理人
※請求者本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 国民健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード又は住民基本カード (住所記載のあるもの) <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他 ()
以下は、法定代理人又は委任代理人が請求する場合のみ記載して下さい。	
本人の状況等	本人の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者の法定代理人 (年 月 日生) <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input checked="" type="checkbox"/> 任意代理人委任者
	(ふりがな) 本人の氏名 こうき たろう 後期 太郎
	本人の住所又は居所 沖縄県〇〇市〇〇丁目〇番
※請求資格確認書類	法定代理人が請求する場合に確認する書類 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()
	任意代理人が請求する場合に確認する書類 <input checked="" type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ()

(注) □のある欄は、該当する□内にレ印を記入してください。(※印の欄は記入しない。)