

**本人の場合の記入例**

**開示等請求書**

株式会社 丸大サクラキ薬局 御中

ご記入日：(西暦) ○○○○年○○月○○日

請求者 <b>ご本人</b> ・代理人 (いずれかに○をつけてください)	
氏名	○ ○ ○ ○
ふりがな	○○○○ ○○○
生年月日	○○○○年○○月○○日
住所	〒○○○-○○○ ○○県○○市○○○丁目○-○ ○○○マンション○○号室
電話番号	(○○○) ○○○○-○○○○ ← 日中ご連絡できる電話番号をご記入下さい

私は、貴社が保有している個人情報について、次の通り請求します。

**1. 請求区分 (ご希望項目に○をしてください)**

<input type="radio"/>	開示		利用目的の通知		訂正		追加
	削除		利用停止		消去		第三者への提供停止
請求理由		全額自己負担した医療費の療養費払い戻し請求手続きに必要なため					
請求する保有個人データ		調剤報酬明細書 (レセプト)					
請求期間		○○○○年○○月分					
利用店舗名		ハッピー・ドラッグ ○○○○店					
最終利用時期		○○○○年○○月					
回答書返送先		郵送希望の場合ご記入ください 〒 -					

**2. 請求の対象となるご本人 (代理人による請求の場合のみご記入ください)**

氏名	
ふりがな	
生年月日	年 月 日
住所	〒 -
電話番号	( ) - ← 日中ご連絡できる電話番号をご記入下さい

<ご注意>

1. 保有する個人情報の開示には、通常10営業日(約2週間)程度要します。
2. 法令の定めにより開示できない個人情報もあります。その場合には、当社判断基準や根拠についてご説明致します。
3. ご本人による請求の場合、ご本人の本人確認書類が必要となります。また、代理人による請求の場合、代理人の本人確認書類が必要となります。(代理人が法定代理人の場合は、法定代理人であることを証明する書類も必要となります)
4. 任意代理人による請求の場合、当社からの利用目的の通知、開示は、ご本人に対して行います。
5. 本請求書により当社が取得する個人情報は、本請求書に基づく処理のみに利用します。ご提出いただいた書類は、開示等の求めに対する回答が終了した後、6ヶ月間を保管単位とし、6ヶ月間保管後廃棄させていただきます。

**【会社使用欄】**

部門長	個人情報相談窓口	本人・代理人確認	開示対象個人情報確認	請求区分等対応	個人情報保護管理者
		確認資料名 ( )	該当・非該当 [非該当理由]	必要・不要 [不要理由]	



**代理人の場合の記入例**

**開示等請求書**

株式会社 丸大サクラキ薬局 御中

ご記入日：(西暦) ○○○○年○○月○○日

請求者：ご本人・ <b>代理人</b> (いずれかに○をつけてください)	
氏名	○ ○ ○ ○
ふりがな	○○○ ○○○○
生年月日	○○○○年○○月○○日
住所	〒○○○-○○○ ○○県○○市○○○丁目○-○ ○○○ビル○○階
電話番号	(○○○) ○○○○-○○○ ○ ← 日中ご連絡できる電話番号をご記入下さい

私は、貴社が保有している個人情報について、次の通り請求します。

**1. 請求区分 (ご希望項目に○をしてください)**

<input type="radio"/>	開示		利用目的の通知		訂正		追加
	削除		利用停止		消去		第三者への提供停止
請求理由	全額自己負担した医療費の療養費払い戻し請求手続きに必要なため						
請求する保有個人データ	調剤報酬明細書 (レセプト)						
請求期間	○○○○年○○月分						
利用店舗名	ハッピー・ドラッグ ○○○○店						
最終利用時期	○○○○年○○月						
回答書返送先	郵送希望の場合ご記入ください 〒 -						

**2. 請求の対象となるご本人 (代理人による請求の場合のみご記入ください)**

氏名	□ □ □ □
ふりがな	○○○○ ○○○
生年月日	○○○○年○○月○○日
住所	〒○○○-○○○ ○○府○○市○○町○丁目○-○ ○○マンション○○号室
電話番号	(○○○) ○○○○-○○○ ○ ← 日中ご連絡できる電話番号をご記入下さい

<ご注意>

1. 保有する個人情報の開示には、通常10営業日(約2週間)程度要します。
2. 法令の定めにより開示できない個人情報もあります。その場合には、当社判断基準や根拠についてご説明致します。
3. ご本人による請求の場合、ご本人の本人確認書類が必要となります。また、代理人による請求の場合、代理人の本人確認書類が必要となります。(代理人が法定代理人の場合は、法定代理人であることを証明する書類も必要となります)
4. 任意代理人による請求の場合、当社からの利用目的の通知、開示は、ご本人に対して行います。
5. 本請求書により当社が取得する個人情報は、本請求書に基づく処理のみに利用します。ご提出いただいた書類は、開示等の求めに対する回答が終了した後、6ヶ月間を保管単位とし、6ヶ月間保管後廃棄させていただきます。

**【会社使用欄】**

部門長	個人情報相談窓口	本人・代理人確認	開示対象個人情報確認	請求区分等対応	個人情報保護管理者
		確認資料名 ( )	該当・非該当 [非該当理由]	必要・不要 [不要理由]	



年 月 日

# 委任状

株式会社 丸大サクラキ薬局 御中

ご住所 ○○府○○市○○町○丁目○ー○  
○○マンション○○号室

お名前  
(委任者) □ □ □ □

実印

※本人の自署が必要です。  
※実印を押印し、印鑑証明書を添付してください。

私は、下記の者を代理人として、下記の権限を委任します。

私の個人情報の

1. 利用目的の通知を請求する件
2. 開示を請求する件
3. 訂正・追加・削除、利用の停止・消去・第三者への提供の停止の停止を請求する件

※いずれかの番号を、○で囲ってください。

記

住所 ○○県○○市○○○丁目○ー○ ○○○ビル○○階

氏名 ○ ○ ○ ○

委任者 未成年者の法定代理人  
との関係

※本人の自署が必要です。  
※実印を押してください。

以上