

(様式第6号)

開示の実施方法等申出書

年 月 日

福島県後期高齢者医療広域連合長

(ふりがな)

氏 名 _____

住所又は居所

〒 _____

福島県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第14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

文書番号：

日 付：

2 求める開示の実施方法

診 療 年 月	保険医療機関等名	実 施 の 方 法
年 月診療分		1. 窓口交付 2. 郵送による交付 3. 閲覧
年 月診療分		1. 窓口交付 2. 郵送による交付 3. 閲覧
年 月診療分		1. 窓口交付 2. 郵送による交付 3. 閲覧
年 月診療分		1. 窓口交付 2. 郵送による交付 3. 閲覧

3 窓口開示を希望される場合の希望日時

日時： 年 月 日 午前・午後 時

場所：福島県後期高齢者医療広域連合

(住所 福島県福島市中町8番2号 福島県自治会館内)