（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）