

令和 年 月 日

診療情報の提供に関する申請書

国家公務員共済組合連合会
横浜栄共済病院 病院長 殿

申請者

住所

氏 名



電話番号

患者との関係（続柄）

私は、貴院が保有する診療情報について、下記のとおり開示を申請します。

1. 申請に係る診療情報の内容			
2. 申請区分 □ 開示	☐ 医師の口頭による説明 ☐ 要約資料の請求 ☐ 診療録のコピー ☐ フィルム・データのコピー ☐ その他の資料（ ）		
3. 開示を希望する患者氏名等	フリカナ 患者氏名		患者の状況
	生年月日	年 月 日（ 歳）	☐ 成年者（15歳以上） ☐ 未成年者（15歳未満） ☐ その他（ ）
	住 所		
	電話番号		

以下事務局処理欄

申請者本人確認欄	受渡者	受領印
(1) 運転免許証 (2) 旅券 (3) 主治医の確認 (4) その他		
申請者資格確認欄		
(1) 戸籍謄本 (2) 委任状 (3) その他		

注1 「申請に係る診療情報の内容」欄は、提供の申請をしようとする診療情報が特定できるよう具体的に記入して下さい。

注2 法定代理人による申請の場合は申請者であることを証明する書類に加え、資格を有する事を証明する書類を提供して下さい。

また、患者本人以外の申請の場合は、本人の同意書（任意様式）を提出して下さい。

注3 「本人の住所及び電話番号」欄には、本人の連絡先が本人の住所及び電話番号と異なるときは、併せて連絡先を記入して下さい。

注4 「口頭による説明」の結果で、さらに「要約書の交付」「診療録のコピー及びその他の資料」を希望されることも可能です。

但し、必要経費等の負担金がありますのでご相談ください。

[illegible]