

(様式例 1 - 1)

年 月 日提出

保有個人データ（診療報酬明細書等以外）開示請求書

日本郵船健康保険組合理事長殿

請求者 氏 名 _____
生年月日 _____ 年 月 日 生
住 所 〒 _____
電話番号 () _____

個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第28条第1項
の規定に基づき、次のとおり保有個人データの開示を請求します

開示請求に係る 個人情報の内容		
※ 対象となる個人情報を特定するため、具体的に記入して下さい。		
開示希望方法の区分	1. 閲覧 2. 写しの交付（窓口） 3. 写しの交付（郵送）	
請求者の区分	1. 本人 2. 法定代理人 3. 任意代理人	
法定代理人・ 任意代理人が 請求する場合	本人との 続柄	
	本人の 氏名	
	本人の 生年月日	年 月 日 生
	本人の 住所等	〒 電話番号 () _____

(様式例 1 - 2)

※以下の各欄は記入する必要がありません。

A 依頼者の本人 確認書類	1. 運転免許証 2. 健康保険被保険者証 3. 船員保険被保険者証 4. 国民健康保険被保険者証 5. 共済組合員証 6. 外国人登録証明書 7. 住民基本台帳カード 8. 旅券 (パスポート) 9. 年金手帳 (年 金証書) 10. 共済年金証書 11. 恩給証書 12. その他 ()
---------------------	---

B 法定代理人の 確認書類	1. 戸籍謄本 (抄本) 2. 住民票 3. 登記事項証明書 4. 家庭裁判所の証明書 5. その他 ()
---------------------	---

C 任意代理人の 確認書類	1. 被保険者又は被扶養者本人の署名・押印のある「委任状」 2. 委任状に押印された印の印鑑登録証明書
---------------------	--

Cの書類は2点とも必要。

(様式例 2)

年 月 日

日本郵船健康保険組合理事長殿

保有個人データ開示請求（依頼）委任状

(委任者)

氏名 _____ 印

住所 〒 _____

電話番号 _____

私の「保有個人データ開示請求（依頼）」に関する権限を下記のものに委任いたします。

受任者の 氏名： _____ 委任者との関係： _____

住所： 〒 _____

電話番号： _____

(様式例3-1)

年 月 日

文書番号 _____

_____様

日本郵船健康保険組合理事長



保有個人データ（診療報酬明細書等以外）開示決定通知書

年 月 日付で開示請求（依頼）のありました保有個人データについて、次のとおり開示することを決定しましたので、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第32条第1項の規程に基づき通知します。

開示請求（依頼）に係る個人情報の内容	
開示の日時	年 月 日 午前 時 分 午後
開示の場所	
開示できる方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付（窓口） <input type="checkbox"/> 写しの交付（郵送）
閲覧及び窓口交付のときに必要なもの	1)本人又は代理人であることを明らかにする書類等 2)この通知書
担当	日本郵船健康保険組合（TEL 03-3284-5125）
備考	


この決定に対してご質問等がある場合は、担当までお問い合わせ下さい。

(様式3-2)

年 月 日

文書番号 _____

_____様

日本郵船健康保険組合理事長 

保有個人データ（診療報酬明細書等以外）一部開示決定通知書

年 月 日付で開示請求（依頼）のありました保有個人データについては、次のとおり一部開示することと決定しましたので、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第32条第1項の規程に基づき通知します。

開示申出に係る個人情報 の件名又は内容	
一部不開示とする理由	
開示の日時	年 月 日 午前・午後 時 分
開示の場所	
開示できる方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付（窓口） <input type="checkbox"/> 写しの交付（郵便）
閲覧及び窓口交付 のときに必要なもの	1)本人又は代理人であることを明らかにする書類等 2)この通知書
担 当	日本郵船健康保険組合（TEL 03-3284-5125）
備 考	

この決定に対してご質問等がある場合は、担当までお問い合わせ下さい。

(様式例4)

開示の実施方法等申出書

年 月 日

日本郵船健康保険組合 御中

(ふりがな)

氏 名

住所又は住居

〒

TEL ()

個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第32条第1項の規程に基づき、
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

ア. 窓口交付

イ. 郵送による交付

3. 窓口交付を希望される場合の交付日時・場所

日時: 年 月 日 午前・午後 時

場所: 日本郵船健康保険組合

以上

(様式5)

年 月 日

文書番号 _____

_____様

日本郵船健康保険組合理事長 印

保有個人データ（診療報酬明細書等以外）不開示決定通知書

年 月 日付で開示請求（依頼）のありました下記の保有個人データについて、次のとおり不開示と決定しましたので、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第28条第2項に基づき通知します。

開示申出に係る個人情報の件名又は内容	
開示しない理由	
担 当	日本郵船健康保険組合 (TEL 03-3284-5125)
備 考	


この決定に対してご質問等がある場合は、担当までお問い合わせ下さい。

(様式6)

年 月 日

文書番号 _____

_____様

日本郵船健康保険組合理事長 

保有個人データ（診療報酬明細書等以外）不存在通知書

年 月 日付で開示請求のありました保有個人データについては、当該個人情報が存在しませんでしたので通知します。

開示申出に係る個人情報の件名又は内容	
当該保有個人データが存在しない理由	
担 当	日本郵船健康保険組合 (TEL 03-3284-5125)
備 考	

この決定に対してご質問等がある場合は、担当までお問い合わせ下さい。

(様式例7)

年 月 日

文書番号 _____

_____様

日本郵船健康保険組合理事長 印

保有個人データ（診療報酬明細書等以外）の開示決定期限延長について

年 月 日付で開示請求（依頼）のありました保有個人データについては、次のとおり開示の決定期限を延長しましたので通知します。

開示申出に係る個人情報 の件名又は内容	
取扱要領に規定する 決定期限	年 月 日 まで
上記の期限内に開示等 の決定をすることが できない理由	
延長後の決定期限	年 月 日 まで
担 当	日本郵船健康保険組合 (TEL 03-3284-5125)
備 考	

この決定に対してご質問等がある場合は、担当までお問い合わせ下さい。

(様式例 8)

年 月 日提出

保有個人データ（診療報酬明細書等以外）開示依頼書

日本郵船健康保険組合理事長殿

依頼者 氏 名 _____
生年月日 _____ 年 月 日 生
住 所 〒 _____
電話番号 () _____

個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第28条第1項
の規定に基づき、次のとおり保有個人データの開示を請求します。

開示依頼に係る 個人情報の内容		
※ 対象となる個人情報を特定するため、具体的に記入して下さい。		
開示希望方法の区分	1. 閲覧 2. 写しの交付（窓口） 3. 写しの交付（郵送）	
依頼者の区分	1. 遺族 2. 法定代理人 3. 任意代理人	
法定代理人・ 任意代理人が 依頼する場合	本人との 続柄	
	本人の 氏名	
	本人の 生年月日	年 月 日 生
	本人の 住所等	〒 電話番号 () _____

(様式例 9)

年 月 日提出

保有個人データ訂正・利用停止等届出書

日本郵船健康保険組合理事長殿

届出者 氏 名 _____
生年月日 _____ 年 月 日 生
住 所 〒 _____

電話番号 () _____

個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第29条および第30条の規定に基づき、次のとおり保有個人データの訂正・利用停止等を届出します。

届出に係る 個人情報の内容 ※ 対象となる個人情報を特定 するため、具体的に記入して下 さい。		
届 出 者 の 区 分		1. 本人 2. 法定代理人 3. 任意代理人
法定代理人・任意代 理人が請求する場 合	本人との 続柄	
	本人の 氏名	
	本人の 生年月日	年 月 日 生
	本人の 住所等	〒 電話番号 () _____

(様式例10)

年 月 日

日本郵船健康保険組合理事長殿

保有個人データ訂正・利用停止等届出 委任状

(委任者)

氏名 _____ 印

住所 〒 _____

電話番号 _____

私の「保有個人データ訂正・利用停止等届出」に関する権限を下記のものに委任いたします。

受任者の 氏名 : _____ 委任者との関係 : _____

住所 : 〒 _____

電話番号 : _____

(様式例 1 1)

年 月 日
文書番号 _____

_____様

日本郵船健康保険組合理事長 

保有個人データ（訂正・利用停止等届出書）に関する決定について

年 月 日付で（訂正・利用停止）届出のありました保有個人データについて、次のとおり決定いたしましたので、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第29条第2項及び第30条第3項の規程に基づき通知します。

届出に係る個人情報の内容	
決定内容	
担 当	日本郵船健康保険組合（TEL 03-3284-5125）
備 考 ※	

※ 訂正・利用停止等を行えない場合は備考欄にその理由を記載する。

保有個人データ開示受付・処理経過簿(本人用)

整理番号	受付日	請求者名	請求件数・枚数	開示方法	開示等決定日 (通知書送付日)	決定の内容 (開示等枚数)	実施方法 等申出日	開示実施日(※1)	備考 (※2)
		本人 代理人		窓口 郵送		開示 () 部分開示 () 不開示 () 不存在 ()			
		本人 代理人		窓口 郵送		開示 () 部分開示 () 不開示 () 不存在 ()			
		本人 代理人		窓口 郵送		開示 () 部分開示 () 不開示 () 不存在 ()			
		本人 代理人		窓口 郵送		開示 () 部分開示 () 不開示 () 不存在 ()			
		本人 代理人		窓口 郵送		開示 () 部分開示 () 不開示 () 不存在 ()			

※1: 郵送により開示を実施した場合は郵送日を記入すること

※2: 部分開示・不開示の場合はその理由を備考欄に記載すること

保有個人データ開示受付・処理経過簿(遺族用)

整理番号	受付日	請求者名		請求件数・枚数	開示方法		開示等決定日 (通知書送付日)	決定の内容 (開示等枚数)	実施方法 等申出日	開示実施日(※1)	備考 (※2)
		遺族	代理人		窓口	郵送					
		遺族	代理人		窓口	郵送		(開示) (部分開示) (不開示) (不存在)			
		遺族	代理人		窓口	郵送		(開示) (部分開示) (不開示) (不存在)			
		遺族	代理人		窓口	郵送		(開示) (部分開示) (不開示) (不存在)			
		遺族	代理人		窓口	郵送		(開示) (部分開示) (不開示) (不存在)			
		遺族	代理人		窓口	郵送		(開示) (部分開示) (不開示) (不存在)			

※1: 郵送により開示を実施した場合は郵送日を記入すること

※2: 部分開示・不開示の場合はその理由を備考欄に記載すること

保有個人データ訂正・利用停止等受付処理経過簿

整理番号	受付日	届出者名	届出件数	訂正・利用停止等決定日 (通知書送付日)	決定の内容	備考
		本人 遺族 代理人				
		本人 遺族 代理人				
		本人 遺族 代理人				
		本人 遺族 代理人				