

(様式 6)

開示の実施方法等申出書

年 月 日

法政大学健康保険組合 御中

(ふりがな)

氏 名 _____

住所

〒 _____ 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： 年 月 日

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		1. 窓口交付	2. 郵送による交付
年 月 診療		1. 窓口交付	2. 郵送による交付
年 月 診療		1. 窓口交付	2. 郵送による交付
年 月 診療		1. 窓口交付	2. 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：法政大学健康保険組合

〒102-8160 東京都千代田区富士見 2-17-1

法政大学九段校舎 7F

03(3264)9595

ご記入いただいた個人情報は、「法政大学健康保険組合が保有する個人情報の利用目的の公表について」に記載された目的以外には使用いたしません。