

## 保有個人情報開示請求書

平成 年 月 日

独立行政法人  
労働者健康福祉機構理事長 殿

(ふりがな)

氏名 \_\_\_\_\_

住所又は居所

〒 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第59号）第13条第1項の規定に基づき、下記のとおり保有個人情報の開示を請求します。

### 記

#### 1 開示を請求する保有個人情報（具体的に特定してください。）

--

#### 2 求める開示の実施方法等（本欄の記載は任意です。）

ア又はイに 印を付してください。アを選択した場合は、実施の方法を記載してください。

ア 事務所における開示の実施を希望する。 ＜実施の方法＞ 閲覧 写しの交付 その他 ( )
イ 写しの送付を希望する。

#### 3 手数料

手数料 (1件300円)	(領収確認印欄)
-----------------	----------

#### 4 本人確認等

ア 開示請求者 本人 法定代理人
イ 請求者本人確認書類 運転免許証 健康保険被保険者証 外国人登録証明書 住民基本台帳カード その他 ( ) 請求書を送付して請求をする場合には、加えて住民票の写しを添付してください。
ウ 本人の状況等（法定代理人が請求する場合にのみ記載してください。） (ア) 本人の状況 未成年者 ( 年 月 日生 ) 成年被後見人 (ふりがな) (イ) 本人の氏名 _____ (ウ) 本人の住所又は居所 _____
エ 法定代理人が請求する場合、次のいずれかの書類を提示又は提出してください。 請求資格確認書類 戸籍謄本 登記事項証明書 その他 ( )