診療録等の開示申請書

本人確認 点 検 欄

医療法人社団光星
メディカルプラザ札幌健診クリニック　院長殿

私は下記のとおり、診療録等の開示を希望します。

申請日　　年　　月　　日

診療記録等の開示を受けたい申請者（受診者）※本人記入欄	フリガナ		TEL（日中の連絡先）
	受診者氏名		
	住　所	〒	
	生 年 月 日	年　　月　　日	

開示を希望する記録※医療機関記入欄		○印	受診日・必要枚数
	健康診断結果報告書		
	診断書		
	指定書式転記		
	診療録(診断証明書等)		
	保険会社依頼の指定書式		
	その他		

≪申請者が本人以外の場合≫

代理人　氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　受診者との関係＿＿＿＿＿＿

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※開示申請者は本人であることを証明できるもの（運転免許証、マイナンバーカード等）をご提示ください。

※本人以外による開示の要求には、本人の委任状が必要となります。委任状の提出があった場合でも、電話等で本人の意思の確認をさせていただきます。

保存期間 3 年