

診療録開示について

1. 申請者
 - (1) 原則として本人に限ります。
 - (2) 代理人による申請の場合は、委任状に本人の実印を押印の上、印鑑登録証明書を添付してください。
 - (3) 遺族からの申請については、配偶者または直系親族の相続人に限ります。

2. 申請方法
 - (1) 原則として来院での申請となります。
 - (2) 郵送による申請の場合、事前に電話連絡の上、申請書に実印を押印の上、印鑑登録証明書を添付してください。
申請書を当院に郵送する場合、84円切手を2枚同封してください。（請求書及び領収書送付用）
申請書送付先

〒526-8580 滋賀県長浜市大戌亥町313番地

市立長浜病院 医事課 診療録開示担当宛

3. 費用
紙の場合10円／1枚（両面印刷の場合2枚と計算します）

画像（CD-R）の場合880円／1枚

4. 支払い方法
 - (1) 来院の場合は現金
 - (2) 郵送の場合、当院銀行口座、ゆうちょ払込票、コンビニ納付書

5. 引き渡し
 - (1) 原則として来院での引き渡しとなります。

※申請から引き渡しまで通常2～4週間かかります。
 - (2) 郵送の場合、開示費用の入金確認後に着払いにて送付します。

※レターパックに入る枚数であれば370円を診療録代に追加して請求します。

診療録開示の手続きについて

1. 本人が来院される場合

(1) 本人確認の出来るもの（写真付）をお持ちください。

※免許証・マイナンバーカード・パスポート等

2. 遺族が来院される場合

(1) 本人の配偶者・子・父母のみが申請可能です。

(2) 本人が死亡したこと、本人と遺族の関係を示す書類（戸籍謄本等）が必要です。

(3) 遺族の本人確認の出来るもの（写真付）をお持ちください。

※免許証・マイナンバーカード・パスポート等

3. 第三者が来院される場合

(1) 本人の委任状（実印の押印されたもの及び印鑑登録証明書）。

(2) 第三者の本人確認の出来るもの（写真付）をお持ちください。

※免許証・マイナンバーカード・パスポート等

4. 本人が郵送にて申請される場合

(1) 前もって当院医事課にご相談ください。

(2) 申請書に必要事項を記入し、実印を押印し印鑑登録証明書を添付してください。

(3) 住民票の写しを同封してください。

(4) 当院から請求書及び領収書を送付するため84円切手を2枚同封してください。

(5) 開示費用入金確認後、着払いにて郵送します。

※レターパックに入る枚数であれば、請求書にレターパック代を含め請求させていただきます。

5. 遺族が郵送にて申請される場合

- (1) 前もって当院医事課にご相談ください。
- (2) 本人の配偶者・子・父母のみが申請可能です。
- (3) 本人が死亡したこと、本人と遺族の関係を示す書類（戸籍謄本等）が必要です。
- (4) 申請書に必要事項を記入し、実印を押印し印鑑登録証明書を添付してください。
- (5) 申請者の住民票の写しを同封してください。
- (6) 当院から請求書及び領収書を送付するため84円切手を2枚同封してください。
- (7) 開示費用の入金確認後、着払いにて郵送します。

※レターパックに入る枚数であれば、請求書にレターパック代を含め請求させていただきます。

6. 第三者が郵送にて申請される場合

- (1) 前もって当院医事課にご相談ください。
- (2) 本人の委任状（実印の押印されたもの及び印鑑登録証明書）が必要です。
- (3) 申請書に必要事項を記入し、実印を押印し印鑑登録証明書を添付してください。
- (4) 申請者の住民票の写しを同封してください。
- (5) 当院から請求書及び領収書を送付するため84円切手を2枚同封してください。
- (6) 開示費用の入金確認後、着払いにて郵送します。

※レターパックに入る枚数であれば、請求書にレターパック代を含め請求させていただきます。

様式第7号（第10条関係）

受付番号	番
受付年月日	年 月 日

保有個人情報開示請求書

令和 年 月 日

長浜市病院事業管理者 あて

請求者 住所又は居所
氏名 印
電話

個人情報の保護に関する法律第77条第1項の規定により、次のとおり保有個人情報の開示を請求します。

開示請求に係る保有個人情報の内容 (開示請求をしようとする保有個人情報が特定できるように具体的に記載してください。)	
開示の実施方法 (希望する開示方法を○で囲んでください。1を選択した場合は、実施の方法を記載してください。)	1 来庁による開示の実施を希望する。 <実施の方法> <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 閲覧及び写しの交付 <input type="checkbox"/> その他 () <実施の希望日> 年 月 日 2 写しの送付を希望する。

代理人が本人に代わって請求する場合は、次の欄にも記入してください。

代理人の区分	1 未成年者の法定代理人 2 成年被後見人の法定代理人 3 本人の委任による代理人 4 その他の代理人 ()
本人の氏名	
本人の住所	電話 ()

※下の欄は、記入する必要はありません。

本人等確認欄	種類	1 個人番号カード 2 運転免許証 3 旅券 4 健康保険の被保険者証 5 戸籍謄本 6 その他 () ※請求書の送付による請求の場合には、加えて請求者の住民票の写し等
	番号	
備考		

(注)

- 1 請求の際には、本人又は代理人自身であることを証明する書類（個人番号カード、運転免許証、旅券、健康保険の被保険者証等）を提示し、又は提出してください。
- 2 代理人が本人に代わって請求する場合は、1の書類のほか本人との関係を証明する書類（戸籍謄本、委任状等。開示請求の前30日以内に作成されたものに限り。）を提示し、又は提出してください。
- 3 請求書を送付して開示請求をする場合には、1及び2の書類に併せて、開示請求者の住民票の写し等（開示請求の前30日以内に作成されたものに限り。）を提出してください。

記入例（本人）

様式第7号（第10条関係）

受	記入しないで下さい	番
受		日

保有個人情報開示請求書

令和X年X月X日

長浜市病院事業管理者 あて

請求者 住所又は居所 滋賀県長浜市長浜町1-1
氏名 長浜 太郎
電話 0749-XX-XXXX

印

実印を押印の上、印鑑登録証明書を添付して下さい。

個人情報の保護に関する法律第77条第1項の規定により、次のとおり保有個人情報を開示請求します。

開示請求に係る保有個人情報の内容 (開示請求をしようとする保有個人情報が特定できるように具体的に記載してください。)	令和X年X月X日～令和Y年Y月Y日入院時の診療録及び画像データ ※前もって当院へお問い合わせの上記入して下さい。
開示の実施方法 (希望する開示方法を○で囲んでください。1を選択した場合は、実施の方法を記載してください。)	1 来庁による開示の実施を希望する。 <実施の方法> <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 閲覧及び写しの交付 <input type="checkbox"/> その他() <実施の希望日> 年 月 日 2 写しの送付を希望する。

代理人が本人に代わって請求する場合は、次の欄にも記入してください。

代理人の区分	1 未成年者の法定代理人 2 成年被後見人の法定代理人 3 本人の委任による代理人 4 その他の代理人()
本人の氏名	記入しないで下さい
本人の住所	電話 ()

※下の欄は、記入する必要はありません。

本人等確認欄	種類	1 個人番号カード 2 運転免許証 3 旅券 4 健康保険の被保険者証 5 戸籍謄本 6 その他() ※請求書の送付による 記入しないで下さい 求者の住民票の写し等
	番号	
備考		

(注)

- 1 請求の際には、本人又は代理人自身であることを証明する書類（個人番号カード、運転免許証、旅券、健康保険の被保険者証等）を提示し、又は提出してください。
- 2 代理人が本人に代わって請求する場合は、1の書類のほか本人との関係を証明する書類（戸籍謄本、委任状等。開示請求の前30日以内に作成されたものに限り。）を提示し、又は提出してください。
- 3 請求書を送付して開示請求をする場合には、1及び2の書類に併せて、開示請求者の住民票の写し等（開示請求の前30日以内に作成されたものに限り。）を提出してください。

記入例（本人以外）

様式第7号（第10条関係）

受	記入しないで下さい	番
受		日

保有個人情報開示請求書

令和X年X月X日

長浜市病院事業管理者 あて

請求者 住所又は居所 滋賀県長浜市長浜町1-1
氏名 長浜 太郎
電話 0749-XX-XXXX

印

実印を押印の上、印鑑登録証明書を添付して下さい。

個人情報の保護に関する法律第77条第1項の規定により、次のとおり保有個人情報を開示を請求します。

開示請求に係る保有個人情報の内容 (開示請求をしようとする保有個人情報が特定できるように具体的に記載してください。)	故長浜 一郎の令和X年X月X日～令和Y年Y月Y日入院時の診療録及び画像データ ※前もって当院へお問い合わせの上記入して下さい。
開示の実施方法 (希望する開示方法を○で囲んでください。1を選択した場合は、実施の方法を記載してください。)	1 来庁による開示の実施を希望する。 <実施の方法> <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 閲覧及び写しの交付 <input type="checkbox"/> その他() <実施の希望日> 年 月 日 2 写しの送付を希望する。

代理人が本人に代わって請求する場合は、次の欄にも記入してください。

代理人の区分	1 未成年者の法定代理人 2 成年被後見人の法定代理人 3 本人の委任による代理人 4 その他の代理人 (長男)
本人の氏名	長浜 一郎
本人の住所	滋賀県長浜市びわこ町2-2 電話 0749-YY-YYYY

本人が亡くなっている場合、「本人が亡くなっていること」及び「本人と申請者の関係が分かる」書類を添付して下さい。

※下の欄は、記入する必要はありません。

本人等確認欄	種類	1 個人番号カード 2 運転免許証 3 旅券 4 健康保険の被保険者証 5 戸籍謄本 6 その他() ※請求書の送付による 記入しないで下さい 求者の住民票の写し等
	番号	
備考		

(注)

- 請求の際には、本人又は代理人自身であることを証明する書類（個人番号カード、運転免許証、旅券、健康保険の被保険者証等）を提示し、又は提出してください。
- 代理人が本人に代わって請求する場合は、1の書類のほか本人との関係を証明する書類（戸籍謄本、委任状等。開示請求の前30日以内に作成されたものに限り。）を提示し、又は提出してください。
- 請求書を送付して開示請求をする場合には、1及び2の書類に併せて、開示請求者の住民票の写し等（開示請求の前30日以内に作成されたものに限り。）を提出してください。

委任状

代理人（委任を受けた者）

住所	〒
氏名	印
生年月日	
電話番号	
本人との続柄	

私は、上記の者を代理人と定め、診療録の開示にかかる権限を委任します。

令和 年 月 日

長浜市病院事業管理者 様

委任者

住所	〒
氏名	印
生年月日	
電話番号	

※委任者の実印を押印の上、印鑑登録証明書を添付すること。