

個人情報に関する調査・照会および利用に関する同意書

市立長浜病院 院長 様

入院の申込にあたり、次の事項について同意します。

◇市町村が保有する個人情報

今後、私の貴院に対する債務の履行に遅滞が生じた場合には、その債務の回収に必要な範囲で、市町村が保有する私の下記個人情報について、情報を保有する所管課から情報の提供を受け、利用することに同意します。

- ・市町村の有する私に対する債権についての、滞納の有無および滞納の内容と金額
- ・勤務先の名称および住所（特別徴収義務者の名称、住所）
- ・預金口座のある金融機関名および支店名
- ・市町村民税に関する情報（所得の種類および金額ならびに収入の種類、その収入に係る支払者の名称および住所、所得控除の種類及び控除額並びに生命保険の控除の対象となった保険料の支払い先の名称および住所等）
- ・固定資産税・都市計画税に関する情報（固定資産課税台帳に登録された土地・家屋の所在地、価格、所有状況等）
- ・地方税法15条による徴収猶予、同法15条の5による換価の猶予、同法15条の7による滞納処分停止の措置の有無
- ・生活保護費受給の有無

◇市町村が保有しない個人情報

私の貴院に対する債務の履行に遅滞が生じた場合には、その債務の回収に必要な範囲で、貴院が、私の個人情報を保有する下記関係諸機関に調査・照会を行い、私の個人情報の提供を受けることに同意します。

- ・貴院が、金融機関から取引口座の有無および取引状況の情報の提供を受けることに同意します。
- ・貴院が、保険会社から加入状況、保険契約内容の情報の提供を受けることに同意します。
- ・貴院が、私の勤務先ないしは受注先から、私が有する給料債権、報酬債権、売掛金債権に関する情報の提供を受けることに同意します。
- ・貴院が、私と賃貸借契約を締結した貸主、賃貸物件を管理している不動産管理会社、賃貸物件を紹介した不動産仲介業者から私の連絡先、転居先住所の情報を受けることに同意します。

入院日 年 月 日

記入日 年 月 日

入院患者 氏名 ⑩

支払義務者 氏名 ⑩

連帯保証人 氏名 ⑩

※自署でない場合、記名・押印が必要です。