

個人情報を開示請求される方へ

個人情報を開示請求される方は、以下の注意事項をお読みの上、申請していただくようお願い致します。申請からお渡しまで2～3週間ほどお時間をいただいておりますのでご了承ください。

但し、以下の場合には個人情報保護法に基づき開示請求をお断りさせていただくことがあります。

- ・ 患者本人又は第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害するおそれがある場合
- ・ 当院の業務の適正な実施に著しい支障を及ぼすおそれがある場合
- ・ 他の法令に違反することとなる場合

また、第三者より提供された情報（他医療機関からの紹介状 等）は原則開示しておりません。

【開示請求できる方】

原則、ご本人のみ申請できますが、やむを得ない事由によりご本人が申請できない場合に限り代理人による申請が可能です。

1. ご本人が未成年である場合は法定代理人（ただし、満15歳以上の未成年の場合には疾病の内容によっては、本人のみの請求を認めるものとします）
2. ご本人から代理権（本人が指名した）を与えられた親族（2親等以内）
3. ご本人の判断能力に疑義がある場合は、親族（2親等以内）及び現に本人の世話をしている縁故者。親族がいない場合は、法定代理人。
4. 死亡したご本人の遺族（2親等以内）

【手続きの流れ】

1. 必要書類をご準備の上、城北病院もしくは城北診療所受付へご提出いただくか、下記宛先へ郵送ください。なお、受付にお越しいただいた場合でも即日対応は致しかねます。

920-8616 石川県金沢市京町20番3号

公益社団法人 石川勤労者医療協会 城北病院 医療情報課 開示請求担当 宛

2. 準備が整い次第、「個人情報開示請求書」に記載された住所へ回答書を郵送しますので期日までに受付へお越しください。会計にてご精算いただきます。
3. 郵送をご希望の場合は、「個人情報開示請求書」に記載された住所へ郵送します。請求書を同封しますので指定の口座へお振込みください。
4. 審議の結果、不開示となった場合は受付日より1～2週間以内に回答書を郵送します。

【開示に係る費用】

1. 申請料 1000円（税抜）
2. 複写料金（税抜）
紙（モノクロ） 10円/1枚 CD 500円/1枚
※紙50枚もしくはCD1枚までは申請料に含まれます。但し、それを超える場合は申請料に実費として追加徴収させていただきます
3. 郵送による交付をご希望の場合は、簡易書留による送付となり、郵便料金相当額を徴収します。また、下記についてご了承ください。
 - ・ 郵便事故について当院は責任を負えません。
 - ・ 家族等、第三者が受け取る可能性があります。

【ご準備いただく書類】

書類に不備のある場合、ご準備いただけない場合は対応しかねますのでご了承ください。

	本人	親族等	遺族	その他代理人 (弁護士、保険会社 等)
個人情報開示請求書 (当院様式)	○	○	○	左記の書類に加え、 <u>代理人の身分確認書類※3</u> <u>依頼者からの委任状</u> をご提出ください。 個人情報開示請求書、代理人 確認書は任意の様式でも構い ません。
代理人確認書(当院様式)※1		○		
本人の身分確認書類※2	○	○		
申請者の身分確認書類※2		○	○	
本人との続柄が明示された書 類※4		○	○	

※1：ご本人の同意が得られている場合のみ申請可能です。

ご本人の署名がない場合は申請を受け付けられません。代理人が代筆したものは受理できません。

ご本人の判断能力や身体能力のため代理人確認書、委任状の作成が困難な場合は、ご本人の状態を確認できる書類(医師の診断書 等)をご提出ください。ご本人が当院受診継続中で現況が確認できる場合は省略可能です。

書類は申請の3ヵ月以内に取得したものに限りします。

※2：以下のどちらかをご用意ください。

写真付身分証：運転免許証、マイナンバーカード(オモテ面)、旅券(パスポート)等のうち1点

写真のない身分証：当院の診察券、健康保険証、介護保険証、住民票 等のうち2点

※3：弁護士の身分証明証、保険会社の社員証(顔写真付、なければ名刺と写真付身分証) 等

※4：戸籍謄本、住民票 等

【受付時間】

城北病院 平日 9:00~17:00

城北診療所 平日 9:00~17:00 木曜のみ 9:00~12:00

【お問い合わせ先】

公益社団法人 石川勤労者医療協会 城北病院

医療情報課 開示請求担当

電話 076-251-6111 (代表)

平日 9:00-17:00