

カルテ等情報提供請求書

令和 年 月 日

市立芦屋病院 病院長 宛

請 求 者

(ふりがな)

氏 名 _____

住所又は居所 〒 _____

電話番号 (_____) _____

市立芦屋病院診療録等管理規定第11条及び13条の規定に基づき、次のとおりカルテ等の情報提供を請求します。

<p>請 求 の 内 容</p>	
<p>情報提供の実施方法</p>	<p><input type="checkbox"/>閲覧、聴取、視聴 <input type="checkbox"/>写しの交付 <input type="checkbox"/>写しの送付 <input type="checkbox"/>その他 (_____)</p>
<p>請求者の本人確認</p>	<p><input type="checkbox"/>本人 <input type="checkbox"/>法定代理人 <input type="checkbox"/>任意代理人</p> <p>・次のいずれかの書類を提示し、又は提出してください。 <input type="checkbox"/>運転免許証 <input type="checkbox"/>健康保険の被保険者証 <input type="checkbox"/>個人番号カード <input type="checkbox"/>旅券 <input type="checkbox"/>在留カード <input type="checkbox"/>特別永住者証明書 <input type="checkbox"/>その他 (_____)</p> <p>※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等を添付してください。</p>
<p>以下の項目については、法定代理人又は任意代理人が請求する場合にのみ記載してください。</p>	
<p>本人の状況</p>	<p><input type="checkbox"/>未成年者 <input type="checkbox"/>成年被後見人 <input type="checkbox"/>任意代理人委任者 (ふりがな) 本人の氏名 _____ 本人の住所又は居所 〒 _____ _____</p> <p>生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 電話番号 (_____) _____</p>
<p>法定代理人の 請求資格確認</p>	<p>・次のいずれかの書類を提示し、又は提出してください。 <input type="checkbox"/>戸籍謄本 <input type="checkbox"/>登記事項証明書 <input type="checkbox"/>その他 (_____)</p>
<p>任意代理人の 請求資格確認</p>	<p>・次の書類を提示し、又は提出してください。 <input type="checkbox"/>委任状 <input type="checkbox"/>その他 (_____)</p> <p>・次のいずれかの書類を提示し、又は提出してください。 <input type="checkbox"/> (委任者の) 印鑑登録証明書 (委任状に押印した実印を確認) <input type="checkbox"/> (委任者の) 運転免許証の写し <input type="checkbox"/> (委任者の) 個人番号カードの写し <input type="checkbox"/>その他 (_____)</p>
<p>所 管 課</p>	<p>市立芦屋病院 診療情報管理室 電 話 (0797) 31 - 2156</p>