

## 記入例

### ② 代理人確認書

年月日白は空白 → 年 月 日

国家公務員共済組合連合会  
大手前病院長 殿

私は、私の個人情報に関する

開示請求

訂正・追加・削除請求

利用停止請求

(上記のいずれかを○で囲む)

につき、下記の者を私の代理人と定めたことを認めます。

#### 【代理人】

|             |                                        |
|-------------|----------------------------------------|
| フリガナ<br>氏 名 | 〇〇〇〇保険（株） と ご担当者名<br>〇〇〇〇法律事務所 と ご担当者名 |
| 患者との関係      | 保険会社・代理人弁護士                            |
| 住 所         | 会社の所在地                                 |
| 電 話 番 号     | 会社の電話番号 や ご担当者携帯電話番号                   |

ご提出いただく書類は、①個人情報開示等請求書、②代理人確認書の2枚、必要です。  
及び、代理人の身分証明書のコピーと代理人を示す旨の委任状または同意書もそろえて  
ご提出ください。

※ 代理人（弁護士・保険会社）は、下記証明書のコピーをください

写真付社員証明書、運転免許証、写真付住民基本台帳カード、マイナンバーカード、  
在留カード等の身分証明書を提出してください。

患 者 氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
(自署)

I D 番 号 \_\_\_\_\_

既に委任状や同意書がある場合、  
この楕円内の記載は不要です。

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

| 病院長 | 委員長 | 診療科部長 | 担当医 | 受付 |
|-----|-----|-------|-----|----|
|     |     |       |     |    |