

個人情報の開示等に関する手続要領

制定 平成17年3月30日

(目的)

第1条 この要領は、会の個人情報取扱規程第29条の規定に基づき、当会の保有個人データについて、本人からの開示の請求および訂正等の求めに応ずるための手続等を定める。ただし、診療内容に関する開示等については、日本医師会において制定された「診療情報の提供に関する指針」も考慮して行うものとする。

(受付窓口及び受付時間)

第2条 個人情報の開示を受け付ける窓口は、「個人情報相談窓口」とする。

受付の時間は、営業日の午前8時30分から午後5時までとする。

(開示等の請求に対する体制)

第3条 開示等の請求に対する体制については、別に定める「個人情報相談窓口対応手引き」による。

(利用目的の通知及び開示の申込の受付)

第4条 当会の保有個人データについての利用目的の通知および本人からの開示の請求の受付については、受付窓口において受け付けることを原則とし、やむを得ない事情がある場合には、同書面により郵送で受け付けることができる。

前項の請求の受付にあたっては、本人から様式1の請求書の提出を求めるものとする。

代理人による請求については、第6条の規定に基づき代理人資格の確認を求める。

(本人の確認)

第5条 なりすましによる情報の漏えいを防止するため、次により開示等請求者の本人確認を行う。なお、電話等による開示等の求めがあった場合には、来院(来会)又は郵送による請求等を求める。

1. 来院(来会)による請求の場合 窓口において直接的に本人であることを証明できる運転免許証、健康保険の被保険者証、パスポート、住民票、印鑑証明と実印、または外国人登録証明書の中から複数の提示を求め、それぞれを照合することにより本人であることを確認する。

2. 郵送の場合 運転免許証、健康保険の被保険者証またはパスポートの写しのほかに、住民票または請求書への実印の押印と印鑑証明書(交付日より3ヶ月以内のもの)の同封を求める。

(代理人資格の確認)

第6条 代理人による請求の受付は、来院(来会)によるものとし、この場合には本人および代理人双方につき、前条の方法により確認を行う。ただし、代理人が弁護士の場合には、名刺・バッジを確認のうえ、登録番号を控えることによることができる。

代理人資格の確認については、以下の証明書に基づきこれを行う。

1. 法定代理人の場合 請求者本人との続柄の証明できる住民票その他続柄を証明できるもの

2. 任意代理人の場合 本人の印鑑証明書(交付日より3ヶ月以内のもの)付きの請求書および委任状(様式2)

(開示の方法)

第7条 請求に基づく当会からの通知は、遅滞なく所定の様式4に基づき郵送の方法によりこれを行う。

ただし、本人との間で別に同意した方法があれば、その同意した方法によることができる。

(訂正等、利用停止、消去)

第8条 当会から開示された個人データにつき、訂正等(追加・変更・削除をいう。以下同じ。)利用停止及び消去の請求があった場合には、その処理の結果等につき遅滞なく所定の様式5～7に基づき郵送の方法により通知するものとする。ただし、本人との間で別に同意した方法があればその同意した方法によることができる。

前項の請求は、所定の様式3に基づく請求書によるものとし、その請求および本人確認の手続については、第2条、第5条および第6条に準ずる。なお、本人の個人データを当会が保有していることが明らかで、その訂正等、利用停止または消去を求める場合の請求については、開示の請求を経ないで直ちに訂正等の請求を受け付けることができる。

(資料等の提供の求め)

第9条 前条の規定に基づき、本人が識別される保有個人データの内容が事実でないという理由により、当該保有個人データの内容の訂正等を求められた場合において、その確認のために必要な資料の提供等を求めることができる。

(開示等の手数料)

第10条 利用目的の通知および開示の請求については、事務手数料として実費を徴するものとする。ただし、当方の過失により開示した個人データに誤りがあった場合には、收受した手数料を返還する。

(対応の記録)

第11条 保有個人データの開示請求、訂正等、利用停止および消去の請求につき、窓口の担当者は次の事項について対応の内容と経緯を取りまとめ、所定の決裁を受けた後に回答書を交付するとともに、当該記録は請求書及び回答書写しとともに5年間保管するものとする。

1. 請求の内容
2. 開示・訂正等した項目・内容
3. 開示・訂正等をしなかった項目・内容とその理由
4. 本人および代理人との交渉等の内容と経緯
5. 今後特に問題となりそうな点がある場合の留意事項
6. その他

(改 廃)

第12条 この要領の改廃は、会長がこれを行う。

附 則

この要領は、平成17年4月1日より施行する。

(様式1)

受付番号 ()
受付年月日 平成 年 月 日

個人情報開示請求書

病院 御中

貴院が保有している私の個人情報につき、その内容及び利用目的を確認したく、以下のとおり請求します。

1. 開示請求者

氏名	フリガナ	開示対象者との関係	本人・親権者・後見人・代理人 その他 ()
	(印)		
住所	(〒 -)	連絡先電話番号	

2. 開示対象者 (開示請求者と同じの場合には氏名・住所・連絡先欄は同上と記入)

本人氏名	フリガナ	生年月日	明治・大正 昭和・平成 年 月 日
	(印)		
住所	(〒 -)	連絡先電話番号	
(備考) 前住所又は旧姓がある場合には、念のため本備考欄に記入して下さい。 前住所： 旧 姓：			

(注1) 太線の枠内のみご記入下さい。印鑑については、本人であることの証明を実印と印鑑証明によって証明する場合には、実印を押印して下さい。

(注2) 代理人によって請求される場合には、次の区分に応じて代理権を証する書類の提出をお願いします。

- 1 法定代理人の場合 請求者本人との続柄の証明できる住民票その他続柄を証明するもの
- 2 任意代理人の場合 本人の印鑑証明書(交付日より3ヶ月以内のもの)付きの請求書及び委任状

(注3) 受付窓口においては、本人確認のための書類提示等をお願いします。

(様式2)

平成 年 月 日

委任状

私は、貴院が保有している私の保有個人データに関し、個人情報の保護に関する法律に基づく
(1.開示、2.利用目的の通知、3.訂正等、4.利用停止、5.消去)
の請求について的一切の権限を下記の者に委任します。

住所

氏名

印

記

代理人 住所

氏名

以上

(注1) カッコ内は、請求項目の番号を で囲んで下さい。

(注2) 印鑑は、実印とし印鑑証明(交付日より3ヶ月以内のもの)を添付して下さい。

(様式3)

受付番号 () 受付年月日 平成 年 月 日

個人情報の訂正・利用停止・消去等請求書

病院 御中

貴院が保有している私の保有個人データの訂正等につき、以下のとおり請求します。

1. 訂正等請求者

氏名	フリガナ (印)	本人との 関係	本人・親権者・後見人・代理人・ その他 ()
住所	(〒 -)	連絡先 電話番号	

2. 訂正等対象者 (請求者と同一の場合には氏名・住所・連絡先欄は同上と記入)

本人 氏名	フリガナ (印)	生年月日	明治・大正 昭和・平成 年 月 日
住所	(〒 -)	連絡先 電話番号	

3. 請求内容(いずれかに を付し、その下欄にご請求の内容等を具体的にご記入下さい。)

1. 利用の停止	2. 消去	3. 訂正等 (変更・削除・追加)
		訂正等の内容 (注) 住所 電話番号 ファクシミリ番号 電子メールアドレス その他 (具体的に)
4. 変更及び追加 (以下の余白に具体的に記載して下さい。)		

(注1) 太線の枠内のみご記入下さい。印鑑については、本人であることの証明を実印と印鑑証明によって証明する場合には、実印を押印して下さい。

(注2) 代理人によって請求される場合には、次に区分に応じて代理権を証する書類の提出をお願いします。

1 法定代理人の場合 請求者本人との続柄の証明できる住民票その他続柄を証明するもの

2 任意代理人の場合 本人の印鑑証明書 (交付日より3ヶ月以内のもの) 付きの請求書及び委任状

(注3) 受付窓口においては、本人確認のための書類提示等をお願いします。

(様式4)

平成 年 月 日

個人情報開示請求に対するご通知

様

所在地
病院名

当院が保有している貴殿の保有個人データに関する貴殿から開示の請求につきまして、個人情報の保護に関する法律に基づき下記のとおりご通知申し上げます。

1. 貴殿の個人情報に係る個人データの保有の有無

当院は、貴殿の保有個人データを保有しておりません。

当院は、下記の貴殿の保有個人データを保有しています。

2. 当院保有の貴殿の保有個人データ

ご氏名：

ご住所：

お電話番号：

電子メールアドレス：

ファックス番号：

生年月日：

勤務先：

勤務先住所：

ご所属・ご役職：

勤務先電話番号：

同上電子メールアドレス：

その他：

3. 当院における利用目的 (利用目的を記載するか、様式として利用目的を記載した書面を同封する。)

以 上

(様式5)

平成 年 月 日

個人情報の訂正等のご通知

様

所在地

病院名

当院が保有している貴殿の保有個人データについて、貴殿からのお申し出により以下のように訂正等を行いましたので、個人情報の保護に関する法律に基づき下記のとおりご通知申し上げます。

1. 訂正等の内容

削除

変更

追加

2. 訂正等後の当院保有の貴殿の保有個人データ(該当する項目のみ)

削除

平成 年 月 日、貴殿の申出に係る保有個人データを削除し、現在は保有していません。

変更・追加

貴殿のお申し出により、以下のように訂正しました。

訂正した項目及び内容(訂正後)

訂正項目	内 容

備考：お申し出に係る項目については、上記の通り訂正したものを除き、法令等次の理由により訂正等を行うことができません。

--

以 上

(様式6)

平成 年 月 日

個人情報利用停止のご通知

様

所在地

病院名

当院が保有している貴殿の保有個人データについて、貴殿からのお申し出により利用を停止しましたので、個人情報の保護に関する法律に基づき下記のとおりご通知申し上げます。

1. 利用を停止した貴殿の保有個人データ

ご氏名：

ご住所：

お電話番号：

電子メールアドレス：

ファックス番号：

生年月日：

勤務先：

勤務先住所：

ご所属・ご役職：

勤務先電話番号：

同上電子メールアドレス：

その他

備考：お申し出に係る項目のうち、次に掲げる項目については、法令等次の理由により利用を停止することはできません。

--

以上

(様式7)

平成 年 月 日

個人情報の消去のご通知

様

所在地

病院名

当院が保有している貴殿の保有個人データついて、貴殿からのお申し出により消去しましたので、個人情報の保護に関する法律に基づき下記のとおりご通知申し上げます。

1. 消去した貴殿の保有個人データ

ご氏名：

ご住所：

お電話番号：

電子メールアドレス：

ファックス番号：

生年月日：

勤務先：

勤務先住所：

ご所属・ご役職：

勤務先電話番号：

同上電子メールアドレス：

その他

備考：お申し出に係る項目のうち、次に掲げる項目については、法令等次の理由により消去することはできません。

--

以上