

診療記録提供申請書

年 月 日

独立行政法人国立病院機構
村山医療センター院長 殿「空欄のまま」
提出してください。「申請者」は患者本人となり
ます。
※印鑑がない場合、拇印を押
してください。

(申請者) 氏名 村山 太郎 ⑨

住所 武蔵村山市学園〇〇一△△一□

電話番号 042-X X X-X X X X

連絡にご都合のいい電話番号をご
記入ください。

以下の通り申請します。

1. 申請に係る 診療記録の内容	内 容 ☒ ア. 診療記録の全て ☐ イ. 検査記録 ☐ ウ. 画像 (X線、CT、MRI、超音波) ☐ エ. その他 ()	期間 ・ 部位等 例 1) 2019 年 5 月 1 日～全て 例 2) 2020 年～腰椎に関する情報のみ 例 3) 整形外科通院分のみ
2. 提供の区分	☐ ア. 閲覧 ☐ イ. 複写 (紙) ☐ ウ. 複写 (CD-R)	
3. 申請者が患者本人以外の場合 患者本人の氏名等	患者本人の氏名 患者本人の住所 及び電話番号 患者本人との続柄 ☐ 1. 法定代理人 ☐ 2. 実質的に患者の世話をしている親族又はそれに準ずる者	
※ 事務局 処理欄	申請者本人 確 認 欄 申請者資格 確 認 欄	☐ 運転免許証 (経歴証明書) ☐ 旅券 ☐ マイナンバーカード ☐ その他 () ☐ 戸籍謄本 ☐ その他 ()
※ 備 考	発行から 3 ヶ月以内の 証明書をご準備くださ い。 家族の方のみ申請に來 られる場合、患者さんの 身分証明書 (コピー可) も持参してください。	

《注》 1. 「申請に係る診療記録の内容」欄は、提供の申請をしようとする診療記録が特定できるよう具体的に
記入してください。

2. ※欄には、記入しないでください。

注: 保険会社等の受付印がある申請書は当院では受付で
きません。

委任状

独立行政法人国立病院機構
村山医療センター 病院長 殿

私は、

氏 名	村山 花子	患者本人との関係	妻
住 所	武蔵村山市学園〇〇-△△-□	患者本人から委任をうけた親族 法定代理人 任意後見人 ご遺族 の方の情報を記入してください。	
生年月日	1900.02.02		
電話番号	042-X X X-X X X X		

を代理人として、下記の事項を委任します。

患者氏名	村山 太郎	記	「申請者」にあたる、患者本人の情報を記入してください。
生年月日	1900.01.01		
住 所	武蔵村山市学園〇〇-△△-□		

に関する診療記録の開示を申請し、閲覧および写しの交付等を受ける件について。

2022 年 12 月 01 日

「委任状」を作成した日

委任者（患者もしくは親族、法定代理人）

☒ ①本人 ☐ ②家族 ☐ ③遺族 ☐ ④法定代理人

署名	村山 太郎	印	「申請者」にあたる患者本人が記入してください。
住所	武蔵村山市学園〇〇-△△-□		

委任状

独立行政法人国立病院機構
村山医療センター 病院長 殿

私は、

保険会社、弁護士事務所等ご担当者
の方の情報を記入してください。

組織名 むらやま生命保険会社

所在地 武蔵村山市学園〇〇ー△△ー□

担当者 山村 園子

電話番号 042-X X〇-X〇X〇

を代理人として、下記の事項を委任します。

記

患者氏名 村山 太郎 「申請者」にあたる、患者本人
の情報を記入してください。

生年月日 1900.01.01

住 所 武蔵村山市学園〇〇ー△△ー□

に関する診療記録の開示要求の代理手続きをし、閲覧および写しの交付などを受ける件について。
※代理手続きとは：申請書及び証明書の本人（親権者）以外の第三者が行う窓口申請手続きをい
う。（代理人による申請書の記載については一切無効とする）

2022 年 12 月 01 日 「委任状」を作成した日

委任者（患者もしくは親族、法定代理人）

☐ ①本人 ☒ ②家族 ☐ ③遺族 ☐ ④法定代理人

署名 村山 花子 印

患者本人、患者家族、ご
遺族、法定代理人の方が
記入してください。

住所 武蔵村山市学園〇〇ー△△ー□