

⑥ -1 配偶者・子・父母が申請（子が未成年の場合は⑥-2へ）

提出書類	注意事項	チェック
・ 死者情報開示申出書		<input type="checkbox"/>
・ 申請者の本人確認書類 1点 - 運転免許証 - マイナンバーカード※ - 保険証※ など	※マイナンバーカードは裏面不要 ※保険証は裏面に住所の記載されたもの	<input type="checkbox"/>
・ 死亡を証明する書類※ 1点 - 戸籍謄本 - 死亡診断書	※当院以外でなくなった場合	<input type="checkbox"/>
・ 死者との親族関係がわかる書類 - 戸籍謄本	※30日以内に作成された原本	<input type="checkbox"/>
・ 住民票※	※郵送をご希望の方 ※30日以内に作成された原本	<input type="checkbox"/>

※配偶者・子・父母、いずれもない時に限り2親等内の血族または1親等内の姻族の方が申請できます。

【郵送希望の方へ】

簡易書留にて送付いたします。レターパックなどの対応はしておりません。

また、郵送料金をご負担いただきます。

必要な書類がそろっているか、ご確認ください。

記入例

様式第1号（第6条、第9条関係）

死者情報開示申出書

記入日

年 月 日

(宛先) 箕面市病院事業管理者

請求者の住所（※）、氏名、日中連絡の取れる電話番号を記入。

※住所は郵送先（身分証明書、住民票と同様）

申出者 住所又は居所

氏 名

電話番号

箕面市死者情報取扱要綱（以下「要綱」という。）第6条第1項の規定により、次のとおり死者情報の開示を申し出ます。

開示対象者の名前、
生年月日を記入。

申出に係る情報の対象者（死者）	氏名	
	生年月日	

チェック

申出に係る情報の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 診療録 (期間 年 月 日 ~ 年 月 日)
	<input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> カルテ <input type="checkbox"/> 手術記事 <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> 検査画像 <input type="checkbox"/> 検温表 <input type="checkbox"/> 分娩情報 <input type="checkbox"/> 輸血実施履歴 <input type="checkbox"/> 入院診療録概要 <input type="checkbox"/> 諸記録 備考 (

必要な情報にチェック※¹

必要な期間を記入。
不明の場合はわかる範囲で記入。※¹

希望する開示の実施方法	(1) 開示の実施の方法
	<input type="checkbox"/> 閲覧のみを希望する。 <input type="checkbox"/> 閲覧した後、必要な部分の写しの交付を希望する。 <input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付のみを希望する。
いずれかにチェック※ ²	(2) 写しの交付の方法
	<input type="checkbox"/> 用紙 <input type="checkbox"/> その他 (CD-R)

チェック

※¹ 弁護士からの依頼文書をお持ちの方
備考欄へ【〇〇（依頼文書タイトル）にのっとり】と記入。

※² データでの交付希望の方
その他にチェックを入れ、括弧内へ「CD-R」と記入。

郵送の希望の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
----------	---

該当項目にチェック

申出者の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 配偶者（要綱第5条第1項第1号）
	<input type="checkbox"/> 子及び父母（要綱第5条第1項第2号） <input type="checkbox"/> 2親等以内の血族又は1親等の姻族（要綱第5条第1項第3号） <input type="checkbox"/> 開示対象者の法定代理人（要綱第5条第2項）

いずれかにチェック
※郵送の場合は、住民票の提出が必須。

記入不要

（申出者が法定代理人の場合） 開示対象者本人の状況等	(1) 本人の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者 (年 月 日生) <input type="checkbox"/> 成年被後見人
	(2) 本人の氏名 _____
	(3) 本人の住所又は居所 _____
	(4) 本人の電話番号 _____

(注) 1 「申出に係る情報の内容」は、できるだけ具体的に記入してください。
2 申出者と死者との関係を証する書類（戸籍謄本等）及びあなたが申出者本人であることを確認できる書類（運転免許証等）を提示又は提出してください。

様式第1号（第6条、第9条関係）

死者情報開示申出書

年 月 日

（宛先）箕面市病院事業管理者

申出者 住所又は居所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

箕面市死者情報取扱要綱（以下「要綱」という。）第6条第1項の規定により、次のとおり保有死者情報の開示を申し出ます。

申出に係る情報の対象者（死者）	氏名	
	生年月日	
申出に係る情報の内容	<input type="checkbox"/> 診療録（期間 年 月 日 ～ 年 月 日） <input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> カルテ <input type="checkbox"/> 手術記事 <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> 検査画像 <input type="checkbox"/> 検温表 <input type="checkbox"/> 分娩情報 <input type="checkbox"/> 輸血実施履歴 <input type="checkbox"/> 入院診療録概要 <input type="checkbox"/> 諸記録 備考（ ）	
希望する開示の実施方法	（1）開示の実施の方法 <input type="checkbox"/> 閲覧のみを希望する。 <input type="checkbox"/> 閲覧した後、必要な部分の写しの交付を希望する。 <input type="checkbox"/> 写しの交付のみを希望する。 （2）写しの交付の方法 <input type="checkbox"/> 用紙 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
郵送の希望の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
申出者の区分	<input type="checkbox"/> 配偶者（要綱第5条第1項第1号） <input type="checkbox"/> 子及び父母（要綱第5条第1項第2号） <input type="checkbox"/> 2親等以内の血族又は1親等の姻族（ ） （要綱第5条第1項第3号） <input type="checkbox"/> 開示対象者の法定代理人（要綱第5条第2項）	
（申出者が法定代理人の場合） 開示対象者本人の状況等	（1）本人の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者（ 年 月 日生） <input type="checkbox"/> 成年被後見人 （2）本人の氏名 _____ （3）本人の住所又は居所 _____ （4）本人の電話番号 _____	

- （注） 1 「申出に係る情報の内容」は、できるだけ具体的に記入してください。
 2 申出者と死者との関係を証する書類（戸籍謄本等）及びあなたが申出者本人であることを確認できる書類（運転免許証等）を提示又は提出してください。

3 法定代理人が請求する場合は、この申出書以外に、その資格を証明する書類(戸籍謄本等)、開示対象者と死者との関係を証する書類及び当該法定代理人本人であることを確認できる書類を提示又は提出してください。

4 この申出書を送付して提出する場合は、注2及び注3の書類のほか、あなたの住民票の写し等を提出してください。

※本人確認欄(この欄は記入しないでください。)

申出者の本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード又は住民基本台帳カード(住所記載のあるもの) <input type="checkbox"/> 在留カード、特別永住者証明書又は特別永住者証明書とみなされる外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> その他() ※送付による請求の場合 <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> その他()
開示対象者であることを証明する書類	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他()
法定代理人を証する書類	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他()