

別添 5

(2) 患者本人が死亡している場合

【郵送による提出・開示】

・下記書類をご用意のうえ、ご提出ください。

申出者	必要書類
遺族	死者情報開示申出書 申出者本人であることを確認する書類 (※1) の複写物 申出者の住民票の写し (※3) 患者の死亡確認及び患者との関係を証明する書類 (※2, 3)
法定代理人	死者情報開示申出書 申出者本人であることを確認する書類 (※1) の複写物 申出者の住民票の写し (※3) 患者の死亡確認及び遺族と患者の関係を証明する書類 (※2, 3) 遺族の法定代理人であることを証明する書類
任意代理人	死者情報開示申出書 申出者本人であることを確認する書類 (※1) の複写物 申出者の住民票の写し (※3) 患者の死亡確認及び委任者 (遺族) と患者の関係を証明する書類 (※2, 3) 委任状など任意代理人であることを証明する書類 (※4) 委任者 (遺族) 本人であることを確認する書類 (※1) の複写物

- ※1 写真付き公的身分証明書 (運転免許証, 個人番号カードなど) の場合は 1 点, 写真付き公的身分証明書がない場合は, 2 点必要となります。
(例: 健康保険証と年金手帳など)
- ※2 戸籍謄本等が必要となります。
- ※3 開示申出の前 30 日以内に発行されたもので原本に限ります。
- ※4 委任状は, 開示申出の前 30 日以内に作成されたもので原本に限ります。

提出先

〒989-6174

宮城県大崎市古川千手寺町二丁目 3 番 15 号
大崎市民病院 健康管理センター 管理課