

# 個人情報開示請求書

年 月 日

キューピー・アヲハタ健康保険組合  
理事長 浦田 昌也 殿

郵便番号  
住 所  
氏 名  
電話番号  
(内 線)

健康保険証の記号・番号

※日中の連絡先をご記入ください

記号	番号

キューピー・アヲハタ健康保険組合個人情報保護に関する規定により、次のとおり個人情報の開示を請求します。

開示請求に係る個人情報の内容	(あなたの知りたい事項が特定できるよう具体的に記載してください)			
	開示の方法			
請求者の本人確認	健康保険証	運転免許証	旅券	他
備 考				

受付年月日 年 月 日 交付日 年 月 日