

大阪府後期高齢者医療広域連合死者情報取扱規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和6年3月29日

大阪府後期高齢者医療広域連合長 野田 義和

大阪府後期高齢者医療広域連合規則第6号

大阪府後期高齢者医療広域連合死者情報取扱規則の一部を改正する規則

大阪府後期高齢者医療広域連合死者情報取扱規則（令和5年大阪府後期高齢者医療広域連合規則第2号）の一部を次のように改正する。

第2条第1号及び第3条第1項中「遺族」を「遺族等」に改める。

第4条第2項第4号中「前2号」を「前3号」に改める。

第10条第1項中「次に掲げる事項を記載した申出書」を「提供依頼申出書（様式第1号。以下「申出書」という。）」に改め、同項第1号及び第2号を削る。

第11条第1項中「その旨の通知」を「提供のお知らせ（様式第2号）により通知」に改め、第2項中「前項の規定は、」を削り、「決定をしたときに準用する」を「決定をしたときは、その旨の通知をしなければならない」に改める。

附則の次に次の2様式を加える。

様式第1号（第10条関係）

提供依頼申出書

年 月 日

大阪府後期高齢者医療広域連合長 あて

申出者	ふりがな		
	氏名		
	住所 又は居所	〒	
	電話番号	()	-
申出者の種別 (記入方法については、裏面の (注)3~4を参照ください)	<input type="checkbox"/> ①配偶者・子・父・母 <input type="checkbox"/> ②2親等の血族（①に掲げる者がいない場合） <input type="checkbox"/> ③相続人（①②に掲げる者を除く） <input type="checkbox"/> ④法定代理人 【 () の法定代理人 】 <input type="checkbox"/> ⑤任意代理人 【 () の任意代理人 】		
	申出者が④⑤の 場合の被代理人	住所	
		氏名	

次のとおり、死者に関する情報の提供を依頼します。

提供依頼に係る 死者の氏名等	(ふりがな) 氏名		生年月日	年 月 日
	住所 又は居所		被保険者番号	
提供依頼に係る情報の内容 死者情報を特定するために 必要となる事項 (記録されている行政文書の名称、申 請書の場合は申請年月日等)				
希望する提供の方法	1 提供の方法 <input type="checkbox"/> 閲覧（視聴及び聴取を含む。）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"/> 全部の写しの交付を希望する。 <input type="checkbox"/> 写しの郵送 2 閲覧（視聴及び聴取を含む。）の方法 <input type="checkbox"/> 用紙による <input type="checkbox"/> 専用機器による 3 写しの交付の方法 <input type="checkbox"/> 用紙 <input type="checkbox"/> 録音テープ <input type="checkbox"/> ビデオテープ <input type="checkbox"/> 光ディスク			
※希望する日時 (広域連合事務所において提供)	午前 年 月 日 () 午前 午後 時 分から 午後 時 分までの間			

以下の欄は記入する必要がありません。

申出者本人確認書類	<1点目> (1) 本人（運転免許証・個人番号カード・被保険者証・その他（ ）） (2) 代理人（運転免許証・個人番号カード・被保険者証・その他（ ）） <2点目（郵送による請求の場合のみ）> ※請求日30日以内に作成されたもの。かつ、1点目とは異なるものに限りません。 <input type="checkbox"/> 住民票の写し（コピー不可） <input type="checkbox"/> その他（ ）
死者情報の提供を求めることができる者であることの確認書	<input type="checkbox"/> 戸籍全部（個人）事項証明書 <input type="checkbox"/> 住民票（除票） <input type="checkbox"/> その他
代理人資格確認書類	<input type="checkbox"/> 戸籍全部（個人）事項証明書 <input type="checkbox"/> 成年後見登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他（ ）

(裏面もお読みください)

(注) 1 各欄に必要な事項を記入してください。

2 この申出により、死者に関する情報の提供を求めることができる方は、次のとおりです。

- ① 当該死者の配偶者（婚姻の届出をしていないが、当該死者の死亡の当時事実上婚姻関係と同様の事情にあった者を含む。）、子又は当該死者の血族である父母
- ② 当該死者の2親等の血族である者（①に掲げる者がいない場合に限る。）
- ③ 当該死者の相続人である者（①及び②に掲げる者を除く。）

3 ※のある欄は、希望する場合のみ記入してください。□のある欄は、該当する□に \surd 印を付してください。

4 申出者の種別が法定代理人または任意代理人の場合は、被代理人が該当する申出者の種別の番号（①～③）を（ ）内に記入し、被代理人の住所及び氏名欄も記入してください。

5 提供に係る情報の内容については、できるだけ具体的に記入してください。なお、記入に当たっては、係員と相談してください。

6 写しの作成に要する費用は、申出者の負担となります。費用の額は、係員にお問い合わせください。

7 電磁的記録の提供は、閲覧又は写しの交付に準ずる方法により行います。詳しくは、係員にお問い合わせください。

8 希望する提供の日時は、担当課等と調整の上、記入してください。

9 提供の申出の際には、死者の死亡の事実、当該死者の死者情報の提供を求めることができる者であることを証明する書類及び申出者本人であることを証明する書類（運転免許証、個人番号カード等）を提出し、又は提示してください。

10 法定代理人又は任意代理人が申出をする場合には、注9の書類のほか、その資格を証明する書類、及び被代理人本人であることを証明する書類（運転免許証、個人番号カード等）を提出し、又は提示してください。

11 提供に関する連絡は、今後、担当課が行います。

提供のお知らせ

第 号
年 月 日

様

大阪府後期高齢者医療広域連合長

年 月 日付で提供依頼のあった件について、次のとおりお知らせします。

提供する死者 情報の内容	
提供する死者 情報の利用目的	
提供しないことと した部分	
提供しないことと した理由	
※上記理由が消滅 する時期等	
情報の提供の方法等	(1) 提供の方法等 (2) 事務所において提供することができる日時及び場所
準備に要する日数 (写しの郵送による提供)	
費用見積額	
担 当 課	電話番号 () -
備 考	

受付番号第 号

(注)

- 1 情報の提供日時について都合が悪い場合は、あらかじめ担当課に連絡してください。
- 2 情報の提供を事務所において受ける際には、この通知書を係員に提示し、申出者本人であることを証明する書類（運転免許証、個人番号カード等）を提出し、又は提示してください。
- 3 ※印の欄は、提供しないこととした部分について、提供しない理由がなくなる時期等をあらかじめ明示することができるときに記入してあります。

附 則

この規則は、令和6年4月1日から適用する