

開示申出書

年 月 日

東京都国民健康保険団体連合会理事長 殿

氏 名

開示申出者 郵便番号

住 所

電 話

〔 法人その他の団体にあつては、その名称、事務所又は事業所の住所の所在地及び代表者の氏名 〕

連絡先 氏 名

電 話

〔 法人その他の団体の担当者その他連絡可能な方を記載して下さい。 〕

東京都国民健康保険団体連合会情報公開規則第7条の規定に基づき、次のとおり開示申し出をします。

1 開示申し出に係る文書の件名又は内容	
2 東京都国民健康保険団体連合会情報公開規則第6条に規定する文書の開示を申し出ることができるものの区分（該当するものを1つで囲み〔 〕内には該当する事項を記載してください。）	<p>(1) 都の区域内に住所を有する者</p> <p>(2) 都の区域内に事務所又は事業所を有する個人及び法人その他の団体 〔 事務所等の名称 〕</p> <p>所在地</p> <p>(3) 都の区域内に存する事務所又は事業所に勤務する者 〔 勤務先の名称 〕</p> <p>所在地</p> <p>(4) 都の区域内に存する学校に在学する者 〔 学校の名称 〕</p> <p>所在地</p> <p>(5) (1) から (4) までに該当しないもの</p>
3 文書の開示を必要とする理由（該当するものを1つで囲み〔 〕内にその内容を記載してください。上記2で(5)を選択した場合には、必ず記入する必要があります。）	<p>(1) 調査・研究 (2) 取材</p> <p>(3) 学習・勉強 (4) 争訟</p> <p>(5) その他</p> <p>〔 〕</p>
4 開示の区分（希望する開示方法を で囲んでください。）	<p>(1) 閲覧</p> <p>(2) 視聴</p> <p>(3) 写しの交付</p>
5 備考（記載しないでください。）	<p>受付年月日 年 月 日</p> <p>事務担当課</p>