

【オンラインでの申請から交付までの流れ】

オンライン申請

公的個人認証サービスを用いた「ふじのくに電子申請サービス」からの申請となります

【注意事項】

- ※ パソコンで申請の場合は、【JPKI 利用者ソフト】のインストールと IC カードリーダー、電子証明書が登録されているマイナンバーカードが必要となります
- ※ スマートフォンで申請の場合は、【マイナポータルアプリ】のインストールと電子証明書が登録されているマイナンバーカードが必要となります
- ※ 電子証明書の登録時に設定した署名用電子証明書の暗証番号(英数字 6～16 文字)が必要となります
 - ・電子証明書の登録をしている場合：「設定暗証番号記載票」(控えとして記入した紙)をお手元にご準備ください(5回入力を間違えるとロックがかかり暗証番号の再設定が必要となりますのでご注意ください)
 - ・電子証明書の登録をしていない場合：お住まいの市区町村窓口で手続きのうえ、署名用電子証明書の暗証番号を取得してください
- ※ ソフト/アプリのインストール方法や電子署名については外部リンク先のヘルプ、FAQ をご参照ください

1. 【注意事項】一読の上、ソフト/アプリのインストールとマイナンバーカードを準備してください
2. ふじのくに電子申請サービス(外部リンク)から必要事項の入力・書類を添付のうえ申請ください
 - ※ 申請内容、添付書類にご不明な点がありましたら、【(代表)055-989-5222(内線：6807)】までお問い合わせください。
3. 以下の場合、該当の様式(様式 4～7)に記入し、必要書類を添付のうえ郵送にてご提出ください
 - ・15 歳未満の患者本人が申請する場合：親権者が記入した開示同意書(親権者用)(様式 5)を提出
 - ・生存する患者の親族が申請する場合：患者本人が記入した開示同意書(様式 4)を提出
(患者の意思決定が困難で開示同意書が記載できない場合は医師の診断書・介護保険被保険者証・ケアプラン等患者の状況が分かる書類の 3 点のコピーをご郵送ください)
 - ・対面交付で同席希望がある場合：請求者が記入した同席同意書(様式 6)と同席者の身分証明書コピーを提出
4. すべての書類(郵送での提出書類含む)が揃いましたら受理通知メールを送付します
 - ※ 上記に該当の場合、書類がこちらに届くまで受理となりませんので、ご注意ください
5. すべての書類を事務局が受領後 14 日程度で「診療録等開示請求回答書(開示可否に関する通知文書)」を発送します

(1) 対面交付の場合

1. 「診療録等開示請求回答書」が届きましたら、記載された指定日時に『よろず相談窓口』にお越しください
2. 「診療録等開示請求回答書」、「身分証明書」を確認後、カルテを閲覧しながら必要な記録の複写を行います
3. 開示を実施した部屋で複写代金と引き換えに、複写物をお渡しします（支払いは現金に限る）

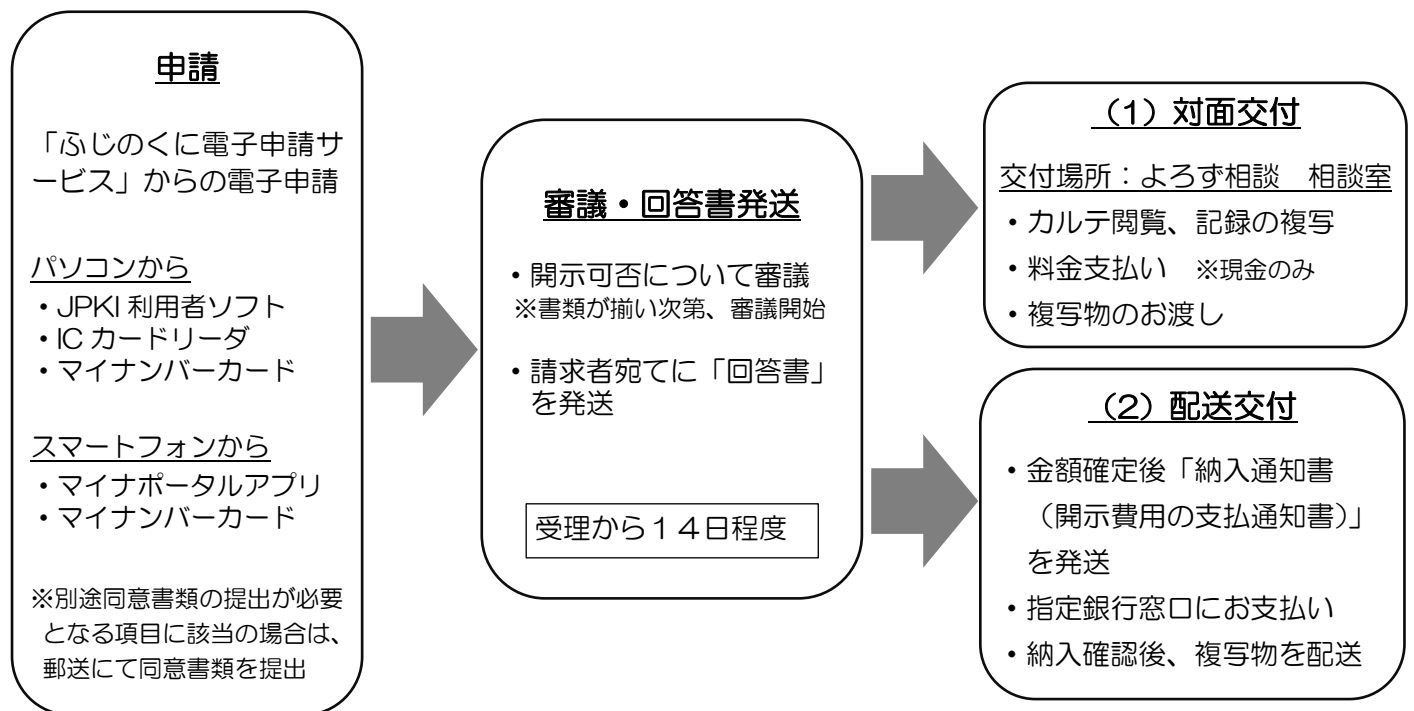
(2) 配送交付の場合

※ カルテの閲覧希望がなく、複写する記録が明確な場合に限り配送交付での対応が可能となります

1. 「診療録等開示請求書」に基づき複写を行い、金額が確定次第、「納入通知書（開示費用の支払通知書）」を発送します
2. 「診療録等開示請求回答書」が届きましたら、同封の「納入通知書」で指定銀行窓口にてお支払いください
3. 納入が確認できましたら、申請時に記載いただいた住所へ複写物を配送します

※ 本人限定受取のため、現住所と身分証明書の住所が異なる場合、受け取りができません

※ 診療記録の受取がなされず返送された場合には3ヵ月間保管後に廃棄させていただきますが、費用の返金はできません



送付先

〒411-8777

静岡県駿東郡長泉町下長窪1007番地

静岡県立静岡がんセンター 診療情報管理室

オンライン申請窓口 行

開示申請に必要な書類

請求者によって必要な書類が異なりますのでご準備のうえ、申請ください

請求者		必要な書類
患者本人	15 歳以上	診療録開示請求書（様式 1） 患者本人の身分証明書※1
	15 歳未満	診療録開示請求書（様式 1） 患者本人の身分証明書 親権者用開示同意書（様式 5）
	（申請を委任する場合）	診療録開示請求書（様式 1） 患者本人の身分証明書※1 委任状（様式 7）※3
患者親族	患者がご存命の場合	診療録開示請求書（様式 1） 患者本人の身分証明書 請求者の身分証明書 患者との関係が分かる書類（戸籍謄本など）※2 開示同意書（様式 4）※3
	患者が亡くなっている場合	診療録開示請求書（様式 1） 請求者の身分証明書 患者との関係が分かる書類（戸籍謄本など） 死亡の事実を確認できる書類（死亡診断書など）※4
法定代理人	15 歳未満の親権者	診療録開示請求書（様式 1） 請求者の身分証明書 患者との関係が分かる書類（戸籍謄本など）
	未成年後見人、 成年後見人 など	診療録開示請求書（様式 1） 患者本人の身分証明書 請求者の身分証明書 登記事項証明書
その他	患者がご存命の場合	診療録開示請求書（様式 1） 患者本人および請求者の身分証明書 患者本人の戸籍謄本原本 患者との関係が証明できる書類（住民票など）※5 開示同意書（様式 4）※3
	患者が亡くなっている場合	診療録開示請求書（様式 1） 請求者の身分証明書 患者本人の戸籍謄本原本または家庭裁判所が発行する 特別縁故者の審判書の写し 患者との関係が証明できる書類（住民票など）※5

※1 身分証明書：顔写真付きの公的身分証明書 1 点（運転免許証、マイナンバーカード 等）

または、いずれか 2 点（健康保険資格確認書、住民票、年金手帳、年金証書、運転経歴証明書 等）

※2 患者との関係が分かる書類：戸籍謄本、改製原戸籍謄本、法定相続情報一覧表 等

※3 患者の意思決定が困難等の理由で、開示同意書・委任状を患者が記載できない場合は、医師の診断書等
患者の状況がわかる書類のコピーを提出ください

※4 患者が当院で亡くなっている場合は不要です

※5 患者との関係が証明できる書類：住民票、健康保険資格確認書、遺族年金証書 等

●戸籍謄本、住民票などは 3 ヶ月以内に発行したものの原本をご用意ください

●対面交付を希望で、開示当日に請求者のほかに同席の希望がある場合には、同席同意書（様式 6）と同席される方の身分証明書の写しを提出ください

<開示費用>

※ 配送の場合には、配送基本料金＋加算料金が必要となります

区 分	単 位	金 額		備 考
用紙出力したものに 関する費用	1 枚につき	単色刷り	11 円	用紙は、日本工業規格(JIS) A3 以下の大きさに限ります
		多色刷り	33 円	
その他の開示に際して特 別の処理を必要とする場 合における当該処理に要 する費用	1 枚につき	フィルム (半切・B4)	550 円	複数の画像をまとめて入れら れます 容量の上限により、複数枚と なる場合もあります
		CD/DVD		
		放射線・ 生理・病理	1,100 円	
		内視鏡	1,650 円	
		その他当該処理に要する費 用に相当する額		
	1 配送につき	配送会社の料金表に定めら れた費用		診療記録の配送にかかる費用 郵送(郵便局)： ・基本料金 ・加算料金 （一般書留、配達証明、 本人限定受取郵便） 飛脚特定信書便(佐川急便)： ・基本料金 ・加算料金 （受取り確認サービス）

(※ 金額は税込み表示です)

開示同意書

西曆 年 月 日

静岡県立静岡がんセンター病院長 様

(患者自署)

住所

氏 名

電話番号

私は、貴院が保管している（患者氏名： ）に関する診療録等を定めに基づき下記の者に開示（閲覧・写の交付）することに同意いたします。

記

住所

氏 名

間柄 (私からみて)

以上

開 示 同 意 書

西暦 2026 年 6 月 1 日

静岡県立静岡がんセンター病院長 様

(患者自署)

住 所 静岡県駿東郡長泉町下長窪 1007 番地
静岡マンション 101 号室

氏 名 静岡 花子

電話番号 055-989-5222

私は、貴院が保管している（患者氏名： 静岡 花子 ）に関する診療録等を定めるに基づき下記の者に開示（閲覧・写の交付）することに同意いたします。

記

住 所 静岡県駿東郡長泉町下長窪 1007 番地 静岡マンション 101 号室

氏 名 静岡 三郎

間 柄（私からみて）三男

以 上

開示同意書（親権者用）

西曆 年 月 日

静岡県立静岡がんセンター病院長 様

(親権者自署)

住所

氏 名

電話番号

私は、貴院が保管している私の子(患者氏名：)に関する診療録等を定めるに基づき、患者本人に開示（閲覧・写の交付）することを親権者として同意いたします。

開 示 同 意 書 (親権者用)

西暦 2026 年 6 月 1 日

静岡県立静岡がんセンター病院長 様

(親権者自署)

住 所 静岡県駿東郡長泉町下長窪 1007 番地
静岡マンション 101 号室

氏 名 静岡 二郎

電話番号 055-989-5222

私は、貴院が保管している私の子(患者氏名： 静岡 はじめ)に関する診療録等を定めるに基づき、患者本人に開示（閲覧・写の交付）することを親権者として同意いたします。

同席同意書

西曆 年 月 日

静岡県立静岡がんセンター病院長 様

(請求人自署)

住所

氏 名

電話番号

私は、貴院が保管している（患者氏名： ）に関する診療録等の開示（閲覧・写の交付）に際し、下記の者が同席することに同意いたします。

記

1 住 所

氏 名

間 柄（患者との関係）

2 住所

氏 名

間 柄（患者との関係）

以上

同 席 同 意 書

西暦 2026 年 6 月 1 日

静岡県立静岡がんセンター病院長 様

(請求人自署)

住 所 静岡県駿東郡長泉町下長窪 1007 番地
静岡マンション 101 号室
氏 名 静岡 一郎

電話番号 055-989-5222

私は、貴院が保管している（患者氏名： 静岡 太郎 ）に関する診療録等の開示（閲覧・写の交付）に際し、下記の者が同席することに同意いたします。

記

1 住 所 静岡県駿東郡長泉町下長窪 1007 番地 静岡マンション 101 号室

氏 名 静岡 花子

間 柄（患者との関係） 長男の妻

2 住 所

氏 名

間 柄（患者との関係）

以 上