

保有個人情報訂正請求書

年 月 日

岩手県後期高齢者医療広域連合長 様

住所 〒

(ふりがな)

氏名 \_\_\_\_\_ TEL ( ) \_\_\_\_\_

個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第91条第1項の規定に基づき、下記のとおり保有個人情報の訂正を請求します。

記

1 訂正を請求する保有個人情報

訂正請求に係る保有個人情報の開示を受けた日	年 月 日
開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報	開示決定通知書の文書番号： _____ 日付： _____ 年 月 日 開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報の名称等 _____
訂正請求の趣旨及び理由	(趣旨)  (理由)

2 訂正請求者について

<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 法定代理人	<input type="checkbox"/> 任意代理人
-----------------------------	--------------------------------	--------------------------------

3 本人確認等（を入れた書類を提示又は提出してください。）

(1) 請求者本人確認書類

<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
※ 請求書を送付して請求する場合は、加えて次のものも添付してください。
<input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )

(2) 代理人の請求資格確認書類等（※ 代理人が請求する場合のみ記入してください。）

代理人の請求資格確認	・法定代理人の場合 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) ・任意代理人の場合 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
本人の状況等	・本人の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者 ( _____ 年 月 日生) <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 任意代理人委任者 ・本人の住所 _____ (ふりがな) ・本人の氏名 _____

※ 住民票の写しや戸籍謄本など市町村が発行した書類及び任意代理人が開示請求する場合の委任状その他その資格を証明する書類については、開示請求前30日以内に作成された原本を提示又は提出してください。