

保有個人情報訂正請求書

年 月 日

宮崎県後期高齢者医療広域連合長 殿

請求者 郵便番号
住所又は居所
氏名
電話番号

個人情報の保護に関する法律第91条第1項の規定により、次のとおり保有個人情報の訂正を請求します。

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	文書番号 第 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件名
訂正請求の趣旨及び理由	(趣旨) (理由)
訂正請求者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意代理人
本人の状況等 ※代理人による訂正請求の場合のみ記入してください。	1 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 2 本人の氏名 _____ 3 本人の住所又は居所 _____ 4 本人の電話番号 _____

注意事項

- 1 請求の際は、請求者自身であることを証明するために必要な書類（運転免許証、健康保険被保険者証、個人番号カード等）を提出し、又は提示してください。
- 2 代理人による場合は、上記の書類のほか、本人の代理人であることを証明する書類（請求をする日前30日以内に作成された戸籍謄本、委任状等）を提出し、又は提示してください。
- 3 送付による請求の場合は、上記の書類のほか、本人の住民票の写し（請求をする日前30日以内に作成されたもの）を提出してください。

[処理欄]（記入しないでください。）

本人等確認	1 本人	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	2 法定代理人	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	3 任意代理人	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
所 管 課	担当者	受付年月日	年 月 日
備 考			