

委任状

全国健康保険協会

_____ 支部長 殿

平成 年 月 日

私は下記の者に開示請求にかかる一切の手続きを委任します。

なお、開示の結果等については、(受任者・委任者)あて送付願います。

代理人(受任者)

[氏名]

印

[住所又は居所]

〒

[連絡先電話番号]

本人(委任者)

[氏名]

印

[住所又は居所]

〒

[連絡先電話番号]

- * 代理人・契約者ともにそれぞれ自筆で記入し捺印して下さい。
- * 本人の捺印は、印鑑登録をしてある印でお願いします。(印鑑登録証明書も添付してください。)
- * 開示の結果の送付先に○の記載が無い場合は、本人宛に送付いたします。

委任状

全国健康保険協会理事長 殿

平成 年 月 日

私は下記の者に開示請求にかかる一切の手続きを委任します。

なお、開示の結果等については、(受任者・委任者)あて送付願います。

代理人(受任者)

[氏名]

印

[住所又は居所]

〒

[連絡先電話番号]

本人(委任者)

[氏名]

印

[住所又は居所]

〒

[連絡先電話番号]

- * 代理人・契約者ともにそれぞれ自筆で記入し捺印して下さい。
- * 本人の捺印は、印鑑登録をしてある印でお願いします。(印鑑登録証明書も添付してください。)
- * 開示の結果の送付先に○の記載が無い場合は、本人宛に送付いたします。

保有個人情報開示請求書

平成 年 月 日

全国健康保険協会

_____ 支部長 殿

ふりがな
氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日

住所又は居所: 〒 _____

TEL () _____

連絡先: (連絡先が上記の本人以外の場合は、代理人の氏名・生年月日・住所・電話番号)

個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第25条第1項に基づき、下記のとおり個人情報の開示を請求します。

記

1 開示を請求する保有個人情報(具体的に特定してください。)

2 開示を請求する保有個人情報の特定を行うための事項

被保険者証の記号番号				氏名	
1 被保険者	2 被扶養者	性別	男 女	生年月日	年 月 日生
*被保険者証の記号番号が不明の場合のみ記入してください		事業所名:			
		所在地:			

3 求める開示の実施の方法等(この欄の記載は任意です。)

ア又はイに○印を付して下さい。アを選択された場合は、その具体的な方法等を記載してください。

ア	支部における開示の実施を希望する。 <実施の方法> ① 閲覧 ② 写しの交付 <実施の希望日>
イ	写しの送付を希望する。(特定記録で送付いたします。郵送料は開示請求される方のご負担となります。必要な切手の額は後日お知らせいたします。)

協会使用欄

* 開示等を郵送で希望する場合は、加えて住民票(原本)が必要です

ア	開示請求者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 法定代理人	<input type="checkbox"/> 任意代理人
イ	請求者本人確認書類(いずれか1つ)	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証	<input type="checkbox"/> 外国人登録証明書
		<input type="checkbox"/> 旅券(パスポート)	<input type="checkbox"/> その他()	
ウ	本人以外の方が請求する場合の追加確認書類			
(ア)	法定代理人の場合			
	<input type="checkbox"/>	法定代理人本人の本人確認書類()		
	<input type="checkbox"/>	法定代理人であることの確認書類		
		戸籍謄本・登記事項証明書・その他()		
(イ)	任意代理人の場合			
	<input type="checkbox"/>	任意代理人本人の本人確認書類()		
	<input type="checkbox"/>	請求者本人からの委任状		
	<input type="checkbox"/>	委任状に押印された請求者本人の印鑑登録証明書		

受付年月日

<様式第1-1号>

1 「氏名」、「生年月日」、「住所又は居所」

本人の氏名、生年月日及び住所又は居所を記載してください。ここに記載された氏名及び住所又は居所により開示決定通知等を行うこととなりますので、正確に記載してください。
また、連絡を行う際に必要となりますので、電話番号も記載してください。

2 「開示を請求する保有個人情報」

開示を請求する保有個人情報が記録されている法人文書や個人情報ファイルの名称など、開示請求する保有個人情報を特定できるような情報を具体的に記載してください。

3 「開示を請求する保有個人情報の特定を行うための事項」

開示請求を行う保有個人情報を特定するための事項(健康保険被保険者証の記号番号、氏名等)を記載してください。

4 「求める開示の実施方法等」

開示を受ける場合の開示の実施の方法(全国健康保険協会窓口における開示の実施の方法、協会における開示を希望する場合の希望日、写しの送付)について、希望がありましたら記載してください。なお、希望する方法に対応できない場合がありますのでご注意ください。開示の実施の方法等については、開示決定後に提出していただく「保有個人情報開示の実施方法申出書」により、別途申し出ることもできます。

5 手数料の納付について

保有個人情報の開示を請求する場合には、保有個人情報が記録されている法人文書1件について300円を納付する必要があります。手数料は、納付書により納付ください。また、納付いただいた手数料は、いかなる場合も返還いたしません。

6 本人確認書類等

(1) 窓口来所による開示請求の場合

窓口に来所して開示請求をする場合、本人確認のため、運転免許証、健康保険被保険者証、外国人登録証明書、旅券(パスポート)等の氏名・生年月日・住所が記載されている書類を提示・提出してください。どのような書類が本人確認書類に当たるのか分からない場合や、本人確認書類の提出ができない場合は、事前に窓口へご相談ください。

(2) 送付による開示請求の場合

保有個人情報開示請求書を送付して保有個人情報の開示請求をする場合には、(1)の本人確認書類を複写機により複写したものに併せて、住民票又は外国人登録原票(いずれの場合も開示請求の前30日以内に作成された原本に限ります。)を提出してください。

(3) 法定代理人による開示請求の場合

法定代理人が開示請求をする場合には、本人及び法定代理人自身に係る(1)に掲げる書類又は(2)に掲げる書類に併せて、戸籍謄本その他法定代理人であることを証明する書類(開示請求の前30日以内に作成された原本に限ります。)を提出してください。

(4) 任意代理人による開示請求の場合

任意代理人が開示請求をする場合には、本人及び任意代理人自身に係る(1)に掲げる書類又は(2)に掲げる書類に併せて、本人からの委任状と、委任状に押印された本人の印鑑登録証明書(開示請求の前30日以内に作成された原本に限ります。)を提出してください。

保有個人情報開示請求書記入例

様式第1-1号

<健康保険>

保有個人情報開示請求書

平成21年〇月〇日

全国健康保険協会

① 〇〇 支部長 殿

ふりがな けんぼ たろう
 氏名 健保 太郎 生年月日 昭和50年3月5日

② 住所又は居所: 〒105-0000
 東京都港区〇〇 1-0 △マンション TEL 03-××××××××

③ 連絡先:(連絡先が上記の本人以外の場合は、代理人の氏名・生年月日・住所・電話番号)

個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第25条第1項に基づき、下記のとおり個人情報の開示を請求します。

記

1 開示を請求する保有個人情報(具体的に特定してください。)

④ 平成21年7月分 傷病手当金支給申請書

2 開示を請求する保有個人情報の特定を行うための事項

被保険者証の記号番号		氏名	健保 太郎
⑤	性別	生年月日	昭和50年3月5日 生
被保険者	男		
*被保険者証の記号番号が不明の場合のみ記入してください		事業所名:	
		所在地:	

3 求める開示の実施の方法等(この欄の記載は任意です。)
 ア又はイに〇印を付して下さい。アを選択された場合は、その具体的な方法を記載してください。

ア 支部における開示の実施を希望する。
 <実施の方法>① 閲覧 ② 写しの交付 <実施の希望日>

⑥ 写しの送付を希望する。(特定記録で送付いたします。郵送料は開示請求される方のご負担となります。必要な切手の額は後日 お知らせいたします。)

【開示請求に必要な書類】

請求者	開示請求書	本人確認書類	法定代理人の本人確認書類	任意代理人の本人確認書類	住民票または外国人登録原票	戸籍謄本等	委任状	印鑑登録証明
ご本人	○	○	-	-	○ (開示を郵送で希望する場合)	-	-	-
法定代理人	○	○	○	-	○ (開示を郵送で希望する場合)	○	-	-
任意代理人	○	○	-	○	○ (開示を郵送で希望する場合)	-	○	○

① 開示請求書の申し出を行う支部名を記載してください。

② 開示請求されるご本人様の氏名、生年月日及び住所又は居所を記載してください。ここに記載された氏名及び住所又は居所により開示決定通知等を行うこととなりますので、正確に記載してください。また、連絡を行う際に必要となりますので、電話番号も記載してください。

③ ご本人以外の方が請求する場合は、代理人の方の氏名、生年月日、住所又は住所及び電話番号を記載してください。

④ 開示を請求する保有個人情報が記録されている法人文書や個人情報ファイルの名称など、開示請求する保有個人情報を特定できるような情報を具体的に記載してください。

⑤ 開示請求を行う保有個人情報を特定するための事項(健康保険被保険者証の記号番号、氏名、被保険者であるか、被扶養者であるかの別、性別、生年月日)をご記載ください。

⑥ 開示を受ける場合の開示の実施方法について、ご希望がありましたら記載してください。なお、希望する方法に対応できない場合がありますのでご了承ください。また、開示の実施方法については、開示決定後にご提出いただく「保有個人情報開示実施方法申し出書」により、別途申し出ることもできます。

保有個人情報開示請求書

平成 年 月 日

全国健康保険協会理事長 殿

ふりがな
 氏名 _____ 生年月日 年 月 日
 住所又は居所: 〒 _____
 _____ Tel () _____

連絡先: (連絡先が上記の本人以外の場合は、代理人の氏名・生年月日・住所・電話番号)

個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第25条第1項に基づき、下記のとおり個人情報の開示を請求します。

記

1 開示を請求する保有個人情報(具体的に特定してください。)

2 開示を請求する保有個人情報の特定を行うための事項

被保険者証の記号番号				氏名	
1 被保険者	2 被扶養者	性別	男 女	生年月日	年 月 日生
*被保険者証の記号番号が不明の場合のみ記入してください		事業所名:			
		所在地:			

3 求める開示の実施の方法等(この欄の記載は任意です。)

ア又はイに○印を付して下さい。アを選択された場合は、その具体的な方法等を記載してください。

ア	窓口における開示の実施を希望する。(_____ 支部・本部船員保険部) <実施の方法> ① 閲覧 ② 写しの交付 <実施の希望日> _____
イ	写しの送付を希望する。(_____ (特定記録で送付いたします。郵送料は開示請求される方のご負担となります。必要な切手の額は後日お知らせいたします。))

協会使用欄

* 開示等を郵送で希望する場合は、加えて住民票(原本)が必要です

ア 開示請求者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 法定代理人	<input type="checkbox"/> 任意代理人
イ 請求者本人確認書類(いずれか1つ)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 船員保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> 旅券(パスポート) <input type="checkbox"/> その他(_____)		
ウ 本人以外の方が請求する場合の追加確認書類			
(ア) 法定代理人の場合	<input type="checkbox"/> 法定代理人本人の本人確認書類(_____) <input type="checkbox"/> 法定代理人であることの確認書類 戸籍謄本・登記事項証明書・その他(_____)		
(イ) 任意代理人の場合	<input type="checkbox"/> 任意代理人本人の本人確認書類(_____) <input type="checkbox"/> 請求者本人からの委任状 <input type="checkbox"/> 委任状に押印された請求者本人の印鑑登録証明書		

受付年月日

＜様式第1-2号＞

1 「氏名」、「生年月日」、「住所又は居所」

本人の氏名、生年月日及び住所又は居所を記載してください。ここに記載された氏名及び住所又は居所により開示決定通知等を行うこととなりますので、正確に記載してください。
また、連絡を行う際に必要となりますので、電話番号も記載してください。

2 「開示を請求する保有個人情報」

開示を請求する保有個人情報が記録されている法人文書や個人情報ファイルの名称など、開示請求する保有個人情報を特定できるような情報を具体的に記載してください。

3 「開示を請求する保有個人情報の特定を行うための事項」

開示請求を行う保有個人情報を特定するための事項(船員保険被保険者証の記号番号、氏名等)を記載してください。

4 「求める開示の実施方法等」

開示を受ける場合の開示の実施の方法(全国健康保険協会窓口における開示の実施の方法、協会における開示を希望する場合の希望日、写しの送付)について、希望がありましたら記載してください。なお、希望する方法に対応できない場合がありますのでご注意ください。開示の実施の方法等については、開示決定後に提出していただく「保有個人情報開示の実施方法申出書」により、別途申し出ることできます。

5 手数料の納付について

保有個人情報の開示を請求する場合には、保有個人情報が記録されている法人文書1件について300円を納付する必要があります。手数料は、納付書により納付ください。また、納付いただいた手数料は、いかなる場合も返還いたしません。

6 本人確認書類等

(1) 窓口来所による開示請求の場合

窓口に来所して開示請求をする場合、本人確認のため、運転免許証、船員保険被保険者証、外国人登録証明書、旅券(パスポート)等の氏名・生年月日・住所が記載されている書類を提示・提出してください。どのような書類が本人確認書類に当たるのか分からない場合や、本人確認書類の提出ができない場合は、事前に窓口へご相談ください。

(2) 送付による開示請求の場合

保有個人情報開示請求書を送付して保有個人情報の開示請求をする場合には、(1)の本人確認書類を複写機により複写したものに併せて、住民票又は外国人登録原票(いずれの場合も開示請求の前30日以内に作成された原本に限ります。)を提出してください。

(3) 法定代理人による開示請求の場合

法定代理人が開示請求をする場合には、本人及び法定代理人自身に係る(1)に掲げる書類又は(2)に掲げる書類に併せて、戸籍謄本その他法定代理人であることを証明する書類(開示請求の前30日以内に作成された原本に限ります。)を提出してください。

(4) 任意代理人による開示請求の場合

任意代理人が開示請求をする場合には、本人及び任意代理人自身に係る(1)に掲げる書類又は(2)に掲げる書類に併せて、本人からの委任状と、委任状に押印された本人の印鑑登録証明書(開示請求の前30日以内に作成された原本に限ります。)を提出してください。

文書番号:
平成 年 月 日

(第三利害関係人)様

全国健康保険協会〇〇支部長 印

保有個人情報の開示請求に関する意見について(照会)

(あなた、貴社等)に関する情報が含まれている保有個人情報について、個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第25条第1項の規定による開示請求があり、当該保有個人情報について開示決定を行う際の参考とするため、ご意見を伺うこととしました。

つきましては、お手数ですが、当該保有個人情報を開示することにつきご意見があるときは、同封した「保有個人情報の開示に関する意見書」を提出していただきますようお願いいたします。

なお、最終的な開示、一部ないし全部の不開示の決定は、全国健康保険協会支部長が行うことをご了承ください。また、提出期限までにご提出がない場合には、特に意見がないものとして取扱わせていただきます。

記

開示請求に係る保有個人情報の名称等	
開示請求の年月日	平成 年 月 日
開示請求に係る保有個人情報に含まれている(あなた、貴社等)に関する情報の内容	
意見書の提出先	全国健康保険協会〇〇支部企画総務グループ 住所:
意見書の提出期限	平成 年 月 日

<本件連絡先>
全国健康保険協会〇〇支部企画総務グループ
(担当者:〇〇)
電話:

保有個人情報の開示決定等に関する意見書

平成 年 月 日

全国健康保険協会

_____ 支部長 殿

(ふりがな)

氏名又は名称 _____

(法人その他の団体にあつては、その団体の代表者名)

住所又は居所: 〒

_____ Tel () _____

(法人その他の団体にあつては、その主たる事務所の所在地)

平成 年 月 日付けで照会のあつた保有個人情報の開示について、下記のとおり意見を提出します。

記

開示請求に係る 保有個人情報の名称等	
開示に関してのご意見	<input type="checkbox"/> 保有個人情報を開示されることについて支障がない。 <input type="checkbox"/> 保有個人情報を開示されることについて支障がある。 (1)支障(不利益)がある部分 (2)支障(不利益)の具体的理由
連 絡 先	

<様式第3号>

1 「開示に関してのご意見」

保有個人情報を開示されることについて「支障がない」場合、「支障がある」場合のいずれか該当する□にレ点を記載してください。

また、「支障がある」を選択された場合には、(1)支障がある部分、(2)支障の具体的理由について記載してください。

2 連絡先

この意見書の内容について、内容の確認等をする場合がありますので、確実に連絡が取れる電話番号等を記載してください。

3 本件連絡先

本件の記載方法、内容等について不明な点がありましたら、次の連絡先に連絡してください。

<本件連絡先>

全国健康保険協会〇〇支部企画総務グループ

(担当者:〇〇)

電話:

FAX:

文書番号:
平成 年 月 日

(開示請求者) 様

全国健康保険協会〇〇支部長 印

保有個人情報開示決定通知書

平成 年 月 日付けで開示請求のありました保有個人情報につきましては、個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第25条第1項に基づき、下記のとおり、開示することに決定しましたので通知します。

記

1 開示する保有個人情報(全部開示 ・ 一部開示)

--

2 不開示とした部分とその理由

--

3 開示の実施の方法等

①開示の実施の方法等

②協会窓口における開示を実施することができる日時、場所

期間: 〇月〇日から〇月〇日まで(土曜・日曜、祝祭日を除く。)

時間:

場所:

③写しの送付を希望する場合の準備日数、送付に要する費用(郵便切手)

<本件連絡先>

全国健康保険協会〇〇支部企画総務グループ
(担当者:〇〇)

電話:

FAX:

様式第4号

1 「開示の実施の方法等」

開示の実施の方法等については、この通知書を受け取った日から30日以内に、同封した「保有個人情報開示実施申出書」により開示の実施の申出を行ってください。（開示請求書申請時に、開示の実施について記載いただきました方にも、確認のため同封しております。）

開示の実施の方法は、保有個人情報開示決定通知書の3①「開示の実施の方法等」に記載されている方法から自由に選択できます。

全国健康保険協会窓口における開示の実施を選択される場合は、保有個人情報開示決定通知書の3②「協会窓口における開示を実施することができる日時、場所」に記載されている日時から、希望の日時を選択してください。記載された日時に都合がよいものがない場合は、「本件連絡先」に記載した担当まで連絡してください。なお、開示の実施の準備を行う必要がありますので、「保有個人情報開示実施申出書」は開示を受ける希望日の3日前には協会に届くように提出願います。

また、写しの送付を希望される場合は、「保有個人情報開示実施申出書」によりその旨を申し出てください。なお、この場合は、別途、送付に要する郵便切手が必要となります。

2 開示の実施について

- (1) 協会窓口における開示の実施を選択され、その旨を「保有個人情報開示の実施方法等申出書」により申し出られた場合は、開示を受ける当日、協会窓口に来られる際に、この通知書をお持ちください。
- (2) 写しの送付を希望された場合は、保有個人情報開示の実施方法等申出書に併せて、お知らせした送付に要する郵便切手を同封してください。

3 本件連絡先

開示の実施方法等についてご不明な点がありましたら、この欄に記載した担当までお問い合わせください。

保有個人情報開示の実施方法等申出書

平成 年 月 日

全国健康保険協会〇〇 支部長 殿

(ふりがな)

氏名: _____

住所又は居所: 〒

Tel () _____

保有個人情報開示決定通知書に基づき、下記のとおり申出をします。

記

- 1 保有個人情報開示決定通知書の番号等
文書番号:
日付:

2 求める開示の実施方法

開示請求に係る 保有個人情報の名称等	実施の方法	
	(1)閲覧	①全部 ②一部 ()
	(2)写しの交付	①全部 ②一部 ()
	(3)その他 ()	①全部 ②一部 ()

- 3 開示の実施を希望する日
平成 年 月 日 午前・午後

4 「写しの送付」の希望の有無

(有 : 同封する郵便切手の額 円)
無 :

<本件連絡先>
全国健康保険協会〇〇支部企画総務グループ

電話:
FAX:

文書番号：
平成 年 月 日

(反対意見書を提出した第三者)様

全国健康保険協会〇〇支部長 印

反対意見書に係る保有個人情報の開示決定通知書

(あなた、貴社等)から平成 年 月 日付けで「保有個人情報の開示決定等に係る意見書」の提出がありました保有個人情報については、下記のとおり開示決定しましたので、通知します。

記

開示請求に係る保有個人情報等の名称	
開示することとした理由	
開示決定をした日	平成 年 月 日
開示を実施する日	平成 年 月 日

＜本件連絡先＞
全国健康保険協会〇〇支部企画総務グループ
(担当者:〇〇)
電話:
FAX:

文書番号:
平成 年 月 日

(開示請求者) 様

全国健康保険協会〇〇支部長 印

保有個人情報の開示をしない旨の決定通知書

平成 年 月 日付けで開示請求のありました保有個人情報につきましては、個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第25条第2項に基づき、下記のとおり、開示しないことに決定しましたので通知します。

記

開示請求に係る 保有個人情報の名称	
開示をしないこと とした理由	

<本件連絡先>
全国健康保険協会〇〇支部企画総務グループ
(担当者:〇〇)
電話:
FAX:

保有個人情報訂正請求書

平成 年 月 日

全国健康保険協会

_____ 支部長 殿

ふりがな
氏名 _____ 生年月日 年 月 日

住所又は居所: 〒 _____

TEL () _____

連絡先: (連絡先が上記の本人以外の場合は、代理人の氏名・住所・生年月日・電話番号)

個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第26条第1項に基づき、下記のとおり個人情報の訂正を請求します。

記

訂正請求に係る保有個人情報の開示を受けた日	平成 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: _____ 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)

協会使用欄

* 開示等を郵送で希望する場合は、加えて住民票(原本)が必要です。

ア 開示請求者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意代理人
イ 請求者本人確認書類(いずれか1つ) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> 旅券(パスポート) <input type="checkbox"/> その他()
ウ 本人以外の方が請求する場合の追加確認書類 (ア) 法定代理人の場合 <input type="checkbox"/> 法定代理人本人の本人確認書類() <input type="checkbox"/> 法定代理人であることの確認書類 戸籍謄本・登記事項証明書・その他() (イ) 任意代理人の場合 <input type="checkbox"/> 任意代理人本人の本人確認書類() <input type="checkbox"/> 請求者本人からの委任状 <input type="checkbox"/> 委任状に押印された本人の印鑑登録証明書

受付年月日

<様式第8-1号>

1 「氏名」、「生年月日」、「住所又は居所」

本人の氏名、生年月日及び住所又は居所を記載してください。ここに記載された氏名及び住所又は居所により開示決定通知等を行うこととなりますので、正確に記載してください。
また、連絡を行う際に必要となりますので、電話番号も記載してください。

2 「訂正請求に係る保有個人情報の開示を受けた日」

保有個人情報の開示の実施を受けた日を記載してください。

3 「開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報」

「開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報」の保有個人情報開示決定通知書の文書番号、日付、名称を記載してください。

4 「訂正請求の趣旨及び理由」

(1) 訂正請求の趣旨

どのような訂正を求めるかについて簡潔に記載してください。

(2) 訂正請求の理由

訂正請求の趣旨を裏付ける根拠を明確かつ簡潔に記載してください。なお、この欄に記載しきれない場合には、この欄を参考に別葉に記載し、この請求書に添付して提出してください。

5 本人確認書類等

(1) 窓口来所による訂正請求の場合

窓口に来所して訂正請求をする場合、本人確認のため、運転免許証、健康保険被保険者証、外国人登録証明書、旅券(パスポート)等の氏名・生年月日・住所が記載されている書類を提示・提出してください。どのような書類が本人確認書類に当たるのか分からない場合や、本人確認書類の提出ができない場合は、事前に窓口へご相談ください。

(2) 送付による訂正請求の場合

保有個人情報訂正請求書を送付して保有個人情報の訂正請求をする場合には、(1)の本人確認書類を複写機により複写したものに併せて、住民票又は外国人登録原票(訂正請求の前30日以内に作成された原本に限ります。)を提出してください。

(3) 法定代理人による訂正請求の場合

法定代理人が訂正請求をする場合には、本人及び法定代理人自身に係る(1)に掲げる書類又は(2)に掲げる書類に併せて、戸籍謄本その他法定代理人であることを証明する書類(訂正請求の前30日以内に作成された原本に限ります。)を提出してください。

(4) 任意代理人による訂正請求の場合

任意代理人が訂正請求をする場合には、本人及び任意代理人自身に係る(1)に掲げる書類又は(2)に掲げる書類に併せて、本人からの委任状と、委任状に押印された本人の印鑑登録証明書(訂正請求の前30日以内に作成された原本に限ります。)を提出してください。

保有個人情報訂正請求書

平成 年 月 日

全国健康保険協会理事長 殿

ふりがな
氏名 _____ 生年月日 年 月 日

住所又は居所: 〒 _____

TEL () _____

連絡先: (連絡先が上記の本人以外の場合は、代理人の氏名・住所・生年月日・電話番号)

個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第26条第1項に基づき、下記のとおり個人情報の訂正を請求します。

記

訂正請求に係る保有個人情報 の開示を受けた日	平成 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: _____ 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)

協会使用欄

* 開示等を郵送で希望する場合は、加えて住民票(原本)が必要です。

ア 開示請求者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意代理人
イ 請求者本人確認書類(いずれか1つ) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 船員保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> 旅券(パスポート) <input type="checkbox"/> その他()
ウ 本人以外の方が請求する場合の追加確認書類 (ア) 法定代理人の場合 <input type="checkbox"/> 法定代理人本人の本人確認書類() <input type="checkbox"/> 法定代理人であることの確認書類 戸籍謄本・登記事項証明書・その他() (イ) 任意代理人の場合 <input type="checkbox"/> 任意代理人本人の本人確認書類() <input type="checkbox"/> 請求者本人からの委任状 <input type="checkbox"/> 委任状に押印された本人の印鑑登録証明書

受付年月日

<様式第8-2号>

1 「氏名」、「生年月日」、「住所又は居所」

本人の氏名、生年月日及び住所又は居所を記載してください。ここに記載された氏名及び住所又は居所により開示決定通知等を行うこととなりますので、正確に記載してください。
また、連絡を行う際に必要となりますので、電話番号も記載してください。

2 「訂正請求に係る保有個人情報の開示を受けた日」

保有個人情報の開示の実施を受けた日を記載してください。

3 「開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報」

「開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報」の保有個人情報開示決定通知書の文書番号、日付、名称を記載してください。

4 「訂正請求の趣旨及び理由」

(1) 訂正請求の趣旨

どのような訂正を求めるかについて簡潔に記載してください。

(2) 訂正請求の理由

訂正請求の趣旨を裏付ける根拠を明確かつ簡潔に記載してください。なお、この欄に記載しきれない場合には、この欄を参考に別葉に記載し、この請求書に添付して提出してください。

5 本人確認書類等

(1) 窓口来所による訂正請求の場合

窓口に来所して訂正請求をする場合、本人確認のため、運転免許証、船員保険被保険者証、外国人登録証明書、旅券(パスポート)等の氏名・生年月日・住所が記載されている書類を提示・提出してください。どのような書類が本人確認書類に当たるのか分からない場合や、本人確認書類の提出ができない場合は、事前に窓口へご相談ください。

(2) 送付による訂正請求の場合

保有個人情報訂正請求書を送付して保有個人情報の訂正請求をする場合には、(1)の本人確認書類を複写機により複写したものに併せて、住民票又は外国人登録原票(訂正請求の前30日以内に作成された原本に限ります。)を提出してください。

(3) 法定代理人による訂正請求の場合

法定代理人が訂正請求をする場合には、本人及び法定代理人自身に係る(1)に掲げる書類又は(2)に掲げる書類に併せて、戸籍謄本その他法定代理人であることを証明する書類(訂正請求の前30日以内に作成された原本に限ります。)を提出してください。

(4) 任意代理人による訂正請求の場合

任意代理人が訂正請求をする場合には、本人及び任意代理人自身に係る(1)に掲げる書類又は(2)に掲げる書類に併せて、本人からの委任状と、委任状に押印された本人の印鑑登録証明書(訂正請求の前30日以内に作成された原本に限ります。)を提出してください。

文書番号:
平成 年 月 日

(訂正請求者) 様

全国健康保険協会〇〇支部長 印

保有個人情報の訂正決定通知書

平成 年 月 日付けで訂正請求のありました保有個人情報につきましては、個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第26条第2項に基づき、下記のとおり、訂正することと決定しましたので通知します。

記

訂正請求に係る 保有個人情報の名称等	
訂正請求の趣旨	
訂正決定をする 内容及び理由	(訂正内容) (訂正理由)

<本件連絡先>
全国健康保険協会〇〇支部企画総務グループ
(担当者:〇〇)
電話:
FAX:

文書番号:
平成 年 月 日

(訂正請求者) 様

全国健康保険協会〇〇支部長 印

保有個人情報の訂正をしない旨の決定通知書

平成 年 月 日付で訂正請求のありました保有個人情報につきましては、個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第26条第2項に基づき、下記のとおり、訂正をしない旨の決定をしたので通知します。

記

訂正請求に係る 保有個人情報の名称等	
訂正をしないこととした 理 由	

<本件連絡先>
全国健康保険協会〇〇支部企画総務グループ
(担当者:〇〇)
電話:
FAX:

保有個人情報利用停止請求書

平成 年 月 日

全国健康保険協会

_____ 支部長 殿

ふりがな
氏名 _____ 生年月日 年 月 日

住所又は居所: 〒 _____

Tel () _____

連絡先: (連絡先が上記の本人以外の場合は、代理人の氏名・住所・生年月日・電話番号)

個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第27条第1項に基づき、下記のとおり個人情報の利用停止を請求します。

記

利用停止請求に係る保有個人情報の開示を受けた日	平成 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: _____ 開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報の名称等 _____
利用停止請求に係る理由	

協会使用欄

* 開示等を郵送で希望する場合は、加えて住民票(原本)が必要です。

ア 開示請求者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意代理人
イ 請求者本人確認書類(いずれか1つ) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> 旅券(パスポート) <input type="checkbox"/> その他()
ウ 本人以外の方が請求する場合の追加確認書類 (ア) 法定代理人の場合 <input type="checkbox"/> 法定代理人本人の本人確認書類() <input type="checkbox"/> 法定代理人であることの確認書類 戸籍謄本・登記事項証明書・その他() (イ) 任意代理人の場合 <input type="checkbox"/> 任意代理人本人の本人確認書類() <input type="checkbox"/> 請求者本人からの委任状 <input type="checkbox"/> 委任状に押印された本人の印鑑登録証明書

受付年月日

様式第11-1号

1 「氏名」、「生年月日」、「住所又は居所」

本人の氏名、生年月日及び住所又は居所を記載してください。ここに記載された氏名及び住所又は居所により利用停止決定通知等を行うこととなりますので、正確に記載してください。

また、連絡を行う際に必要となりますので、電話番号も記載してください。

2 「利用停止請求に係る保有個人情報の開示を受けた日」

保有個人情報の開示の実施を受けた日を記載してください。

3 「開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報」

「開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報」の保有個人情報開示決定通知書の文書番号、日付、名称を記載してください。

4 「利用停止請求の理由」

利用停止請求の理由を明確かつ簡潔に記載してください。なお、この欄に記載しきれない場合には、この欄を参考に別葉に記載し、この請求書に添付して提出してください。

5 本人確認書類等

(1) 窓口来所による利用停止請求の場合

窓口に来所して利用停止請求をする場合、本人確認のため、運転免許証、健康保険被保険者証、外国人登録証明書、旅券(パスポート)等の氏名・生年月日・住所が記載されている書類を提示・提出してください。どのような書類が本人確認書類に当たるのか分からない場合や、本人確認書類の提出ができない場合は、事前に窓口へご相談ください。

(2) 送付による利用停止請求の場合

保有個人情報利用停止請求書を送付して保有個人情報の利用停止請求をする場合には、(1)の本人確認書類を複写機により複写したものに併せて、住民票又は外国人登録原票(利用停止請求の前30日以内に作成された原本に限ります。)を提出してください。

(3) 法定代理人による利用停止請求の場合

法定代理人が利用停止請求をする場合には、本人及び法定代理人自身に係る(1)に掲げる書類又は(2)に掲げる書類に併せて、戸籍謄本その他法定代理人であることを証明する書類(利用停止請求の前30日以内に作成された原本に限ります。)を提出してください。

(4) 任意代理人による利用停止請求の場合

任意代理人が利用停止請求をする場合には、本人及び任意代理人自身に係る(1)に掲げる書類又は(2)に掲げる書類に併せて、本人からの委任状と、委任状に押印された本人の印鑑登録証明書(利用停止請求の前30日以内に作成された原本に限ります。)を提出してください。

保有個人情報利用停止請求書

平成 年 月 日

全国健康保険協会理事長 殿

ふりがな
 氏名 _____ 生年月日 年 月 日
 住所又は居所: 〒 _____
 Tel () _____

連絡先: (連絡先が上記の本人以外の場合は、代理人の氏名・住所・生年月日・電話番号)

個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第27条第1項に基づき、下記のとおり個人情報の利用停止を請求します。

記

利用停止請求に係る保有個人情報の開示を受けた日	平成 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: _____ 開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報の名称等 _____
利用停止請求に係る理由	

協会使用欄 * 開示等を郵送で希望する場合は、加えて住民票(原本)が必要です。

ア 開示請求者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意代理人
イ 請求者本人確認書類(いずれか1つ) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 船員保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> 旅券(パスポート) <input type="checkbox"/> その他()
ウ 本人以外の方が請求する場合の追加確認書類 (ア) 法定代理人の場合 <input type="checkbox"/> 法定代理人本人の本人確認書類() <input type="checkbox"/> 法定代理人であることの確認書類 戸籍謄本・登記事項証明書・その他() (イ) 任意代理人の場合 <input type="checkbox"/> 任意代理人本人の本人確認書類() <input type="checkbox"/> 請求者本人からの委任状 <input type="checkbox"/> 委任状に押印された本人の印鑑登録証明書

受付年月日

様式第11-2号

1 「氏名」、「生年月日」、「住所又は居所」

本人の氏名、生年月日及び住所又は居所を記載してください。ここに記載された氏名及び住所又は居所により利用停止決定通知等を行うこととなりますので、正確に記載してください。

また、連絡を行う際に必要となりますので、電話番号も記載してください。

2 「利用停止請求に係る保有個人情報の開示を受けた日」

保有個人情報の開示の実施を受けた日を記載してください。

3 「開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報」

「開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報」の保有個人情報開示決定通知書の文書番号、日付、名称を記載してください。

4 「利用停止請求の理由」

利用停止請求の理由を明確かつ簡潔に記載してください。なお、この欄に記載しきれない場合には、この欄を参考に別葉に記載し、この請求書に添付して提出してください。

5 本人確認書類等

(1) 窓口来所による利用停止請求の場合

窓口に来所して利用停止請求をする場合、本人確認のため、運転免許証、船員保険被保険者証、外国人登録証明書、旅券(パスポート)等の氏名・生年月日・住所が記載されている書類を提示・提出してください。どのような書類が本人確認書類に当たるのか分からない場合や、本人確認書類の提出ができない場合は、事前に窓口へご相談ください。

(2) 送付による利用停止請求の場合

保有個人情報利用停止請求書を送付して保有個人情報の利用停止請求をする場合には、(1)の本人確認書類を複写機により複写したものに併せて、住民票又は外国人登録原票(利用停止請求の前30日以内に作成された原本に限ります。)を提出してください。

(3) 法定代理人による利用停止請求の場合

法定代理人が利用停止請求をする場合には、本人及び法定代理人自身に係る(1)に掲げる書類又は(2)に掲げる書類に併せて、戸籍謄本その他法定代理人であることを証明する書類(利用停止請求の前30日以内に作成された原本に限ります。)を提出してください。

(4) 任意代理人による利用停止請求の場合

任意代理人が利用停止請求をする場合には、本人及び任意代理人自身に係る(1)に掲げる書類又は(2)に掲げる書類に併せて、本人からの委任状と、委任状に押印された本人の印鑑登録証明書(利用停止請求の前30日以内に作成された原本に限ります。)を提出してください。

文書番号:
平成 年 月 日

(利用停止請求者)様

全国健康保険協会〇〇支部長 印

保有個人情報の利用停止をする旨の決定通知書

平成 年 月 日付で利用停止請求のありました保有個人情報につきましては、個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第27条第3項に基づき、下記のとおり、利用停止することと決定しましたので通知します。

記

利用停止請求に係る 保有個人情報の名称等	
利用停止請求の趣旨	
利用停止決定をする 内容及び理由	(利用停止決定の内容) (利用停止の理由)

<本件連絡先>
全国健康保険協会〇〇支部企画総務グループ
(担当者:〇〇)
電話:
FAX:

文書番号:
平成 年 月 日

(利用停止請求者) 様

全国健康保険協会〇〇支部長 印

保有個人情報の利用停止をしない旨の決定通知書

平成 年 月 日付で利用停止請求のありました保有個人情報につきましては、個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第27条第3項に基づき、下記のとおり、利用停止をしないことに決定をしたので通知します。

記

利用停止請求に係る 保有個人情報の名称等	
利用停止をしないこと とした理由	

<本件連絡先>
全国健康保険協会〇〇支部企画総務グループ
(担当者:〇〇)
電話:
FAX: