

個人情報訂正等申請書

年 月 日

秋田県国民健康保険団体連合会理事長 様

(郵便番号 ー)
 請求者 住 所
 氏 名
 電話番号

個人情報保護法第26条に基づき、次のとおり個人情報の訂正・追加又は削除を請求します。

訂正等請求に係る 個人情報の内容	(訂正等請求に係る個人情報が特定できるよう具体的に記入して下さい。)
訂正等を求める 内 容	(訂正等を求める箇所及び訂正の内容を具体的に記入して下さい。)

(法定代理人記載欄) 法定代理人が請求する場合は、この欄にも記入して下さい。

本人の区分	<input type="checkbox"/> 未成年 <input type="checkbox"/> 成年被後見人	
本人の住所 及び氏名等	氏名	(生年月日 年 月 日)
	住所	(郵便番号 ー) 電話番号

注1 □のある欄には、該当する項目の□にレ印を付してください。

2 請求の際には、本人であることを証明するために必要な書類(運転免許証、旅券等)を提出し、又は提示してください。

(職員記載欄) この欄には、記入しないで下さい。

請求本人の確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()
請求資格の確認	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他 ()
事務担当課等	課 係
備 考	

***【個人情報の取扱いについて】**

本請求書及び添付書類に含まれる個人情報については、この請求に必要な範囲でのみ利用します。