

個人情報開示等請求書

鳥取県国民健康保険団体連合会 様

次のとおり個人情報の開示等を請求します。

請求年月日		年 月 日			
請求者	ふりがな氏名	印			
	住所				
	電話番号				
	本人との関係	1 本人 2 委任代理人 3 法定代理人			
本人	ふりがな氏名	*請求者が本人の場合は「同上」と記載してください。			
	住所	*請求者が本人の場合は「同上」と記載してください。			
開示等を請求する事項と内容		事項	※該当するものに○を付けてください。	1	利用目的の通知
				2	保有個人データの開示
				3	第三者提供記録の開示
				4	訂正、追加又は削除
				5	利用停止
				6	消去又は第三者提供の停止
		内容			
当社処理欄	受付年月日	年 月 日			
	請求者確認書類	1 運転免許証、パスポート、マイナンバーカード 2 その他()			
	本人確認書類 (請求者が本人の場合は不要)	1 運転免許証、パスポート、マイナンバーカード 2 その他()			
	代理確認書類 (請求者が本人の場合は不要)	1 委任状 2 法定代理権を確認できる書類 ()			
	処理結果				
	通知年月日	年 月 日			
	処理担当者				

ご提出いただいた添付書類は、本件の手続き終了後に本会にて安全な方法で廃棄します。