

年 月 日

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 殿

訂正請求者

住所（居所）

氏名

電話番号

保 有 個 人 情 報 訂 正 請 求 書

個人情報の保護に関する法律第 9 0 条第 1 項（第 2 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。

1 訂正請求に係る保有個人情報の内容		開示決定に係る 通知書の日付及 び番号		年 月 日 第 号
		開示を受けた日		年 月 日
2 訂正請求の趣 旨及び理由	訂正請求の箇所、内容等			
	訂正請求の理由			
3 本人の状況等 法定代理人が請 求する場合に記入 してください。	本人の状況		☐ 未成年者（ 年 月 日生） ☐ 成年被後見人	
	本 人	氏名		
		住所（居所）		
		電話番号		

注

- 1 法人である法定代理人にあつては、事務所又は事業所の所在地を訂正請求者住所の箇所に、その名称及び代表者の氏名を訂正請求者氏名の箇所に記載してください。
- 2 法人である法定代理人にあつては、訂正請求者電話番号の箇所に続けて担当課及び担当者名を付記してください。
- 3 ☐のある欄は、該当する☐にレ印を付けてください。
- 4 本人が請求する場合は、本人であることを確認するに足りる書類（運転免許証、旅券等）を係員に提示し、又は提出してください。
- 5 法定代理人が請求する場合は、法定代理人自身の注4に掲げる書類のほか、法定代理人であることを確認するに足りる書類（戸籍謄本等）を係員に提示し、又は提出してください。
- 6 郵送により請求をする場合は、写真が貼付された公の機関が発行した免許証、許可証若しくは資格証明書の写しを併せて提出してください。
- 7 請求の際には、訂正を求める内容が事実と合致することを疎明する書類又は資料を併せて提示し、又は提出してください。

※職員記入欄

受付年月日	年 月 日
事務担当課	課 電話番号 内線
請求者本人の確認	☐ 運転免許証 ☐ 旅券 ☐ その他（ ）
法定代理人の資格 確認	☐ 戸籍謄本 ☐ その他（ ）
開示を受けたこと の確認	☐ 保有個人情報開示決定通知書 ☐ 保有個人情報一部開示決定通知書 ☐ その他（ ）
備考	