

(様式第 2 号)

個人情報訂正請求書		
年 月 日		
全国信用保証協会健康保険組合理事長 殿		
住 所 請求者氏名 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 項の規定に基づき、次のとおり請求します。		
1 開示された個人情報の内容		
2 訂正、追加又は削除を求める内容		
担当課処 理欄	請求者本人確認欄	(1) 健康保険被保険者証 (2) 運転免許証 (3) 旅券 (4) その他
	請求資格確認欄	(1) 戸籍謄本 (2) その他
備考		

(注 1) 訂正、追加又は削除を求める内容が事実と合致することを証明する書類等を提出又は提示して下さい。

(注 2) 法定代理人による請求又は死者の個人情報にかかる請求の場合は、請求者であることを証明する書類に加え、資格を有することを証明する書類を提出又は提示して下さい。

(注 3) 開示の決定を受けたことの確認が必要な場合は、個人情報開示決定通知書又は個人情報一部開示決定通知書の提示を求めることがあります。

(注 4) 欄は、記入しないで下さい。