

別記様式第13号（第10条関係）

（表面）

保有個人情報訂正請求書

年 月 日

（あて先）北海道後期高齢者医療広域連合長

請求者 郵便番号 _____
 住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____

北海道後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第25条第1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。

保有個人情報が記録されている公文書の名称又は内容	
開示を受けた日	年 月 日
訂正請求の趣旨及び理由	<input type="checkbox"/> 訂 正 <input type="checkbox"/> 追 加 <input type="checkbox"/> 削 除
	趣旨
	理由

※ 法定代理人による請求の場合は、以下の欄にも記入してください。

本人の住所及び氏名	住所	電話番号 _____
	氏名	
本人の区分	<input type="checkbox"/> 未成年者 <input type="checkbox"/> 成年被後見人	
備 考		
	受 付 印	

(裏面)

- 注 1 該当する□欄にレ印を記入してください。
- 2 訂正請求に際しては、本人又は法定代理人自身であることを証明する書類など（郵送等により請求する場合には、これらを証明する複数の書類を複写したもの）を提示し、又は提出してください。
- 3 法定代理人による訂正請求の場合は、戸籍謄本などその資格を証明する書類を提示し、又は提出してください。
- 4 下記の欄は、記入しないでください。

本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他（ ）
資格確認	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 成年後見登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ）
事務を所管する班等	
備考	