

保有個人情報訂正申出書

年 月 日

静岡県国民健康保険団体連合会理事長 様

訂正申出者 氏 名
郵便番号
住 所

電話番号

静岡県国民健康保険団体連合会個人情報の保護に関する規則第 17 条の規定に基づき、次のとおり訂正申し出をします。

1 訂正申し出に係る保有個人情報の内容 (保有個人情報の開示を受けた日)		(年 月 日)	
2 訂正を求める保有個人情報の箇所及び訂正の内容		訂正前	
		訂正後	
3 本人以外による訂正申し出の場合の氏名等	代理人区分 (該当するものを○で囲んでください。)	(1) 未成年者の法定代理人 (2) 成年被後見人の法定代理人 (3) 本人が委任した代理人	
	本人の氏名		
	本人の住所及び電話番号		

- (注) 1 「訂正申し出に係る保有個人情報の内容」欄は、訂正申し出をしようとする自己情報が特定できるよう具体的に記入してください。
- 2 訂正を申し出しようとす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ください。
- 3 本人が訂正申し出をする場合は、本人であることを証明する書類（運転免許証等）を提出又は提示してください。
- 4 代理人が訂正申し出するときは、申出者であることを証明する書類に加え、代理人の資格を有することを証明する書類を提出又は提示してください。
- 5 ※印欄は記入しないでください。

※ 総務課処理欄	申出者本人確認	(1) 運転免許証 (2) 旅券 (3) その他 ()
	代理人資格確認	(1) 戸籍謄本 (2) 登記事項証明書 (3) 委任状 (4) その他 ()