

様式第12号（第12条関係）

個人情報訂正請求書

年 月 日

新潟県後期高齢者医療広域連合長 様

氏 名
住 所
電話番号（ ） —

新潟県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第26条第1項の規定により、次のとおり個人情報の訂正を請求します。

1 訂正請求に係る個人情報 の内容	
2 訂正を求める内容	
3 本人との関係	<input type="checkbox"/> 未成年者の法定代理人 <input type="checkbox"/> 成年被後見人の法定代理人 <input type="checkbox"/> その他
4 本人の住所	電話番号（ ） —
5 本人の氏名	
6 ※本人等確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 代理人（ ）
7 ※提出年月日	年 月 日

(注)

- 「訂正請求に係る個人情報の内容」の欄は、開示を受けた個人情報が記録された文書等の件名その他あなたが訂正したいと思う個人情報が特定できるような事項を具体的に記入してください。
- には該当するものに「レ」印を記入してください。
- 3から5までの欄は、代理人による請求の場合に記入してください。
- 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証明する書類等を提出し、又は提示してください。
- 請求の際には、本人又は代理人であることを証明する書類（免許証、旅券等）を提出し、又は提示してください。
- 代理人が請求する場合には、注4の書類のほか代理権を有することを証する書類を提出し、又は提示してください。
- ※印のある欄は、記入しないでください。