

個人情報訂正・消去請求書

請求年月日 平成 年 月 日

高知県国民健康保険団体連合会理事長 様

〒
住所
開示請求者 氏名 印
電話

高知県国民健康保険団体連合会における個人情報の保護に関する規則第9条の規定に基づき、次のとおり個人情報の訂正・消去を請求します。

訂正・消去請求する 情報	現在の内容	
	訂正の内容	
本人以外による訂正・ 消去請求の場合の氏名 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	

※必要書類

請求者本人確認書類	1. 運転免許証、パスポート 2. 住民票 3. その他 ()
代理人資格確認書類	1. 親権者の場合は戸籍謄本 2. 後見人の場合は後見開始審判書 3. 本人が委任した代理人は本会指定の委任状

注1 訂正・消去請求する内容が事実と合致することを証明する書類を提出又は提示ください。

注2 請求者本人であることを証明する書類に加え、代理人の場合は、代理人の資格を証明する書類を提出又は提示ください。