

## 個人情報(特定個人情報を含む。)における開示等に係る申出手続

### 1 目的

本人から自己の情報について、「開示」、「訂正、追加又は削除」、「利用の停止又は消去」、「第三者提供の停止」「利用目的の通知」(以下「開示等」という。)の請求を受けた場合は速やかに対応するものとし、以下に開示等に係る請求からの手続を示します。

### 2 請求受付窓口

本会が保有する開示対象個人情報の開示等の受付窓口は「個人情報問合せ窓口」(総務課)とし、責任者は総務課長とします。

「個人情報開示等請求書」(様式1)は、本人又は代理人(未成年者又は成年被後見人の法定代理人、開示等の求めをすることにつき本人が委任した代理人)であることが本人関係書類等で確認できた場合に受理します。

### 3 対応期間等

開示等の請求を受付けた場合、以下に定める手順に従い、おおむね2週間以内に対応します。

#### 「開示請求の場合」

- ① 本会の開示対象個人情報につき開示を求められる場合は、「個人情報開示等請求書」(様式1)により本会総務課あて請求していただきます。
- ② 開示(開示対象個人情報が存在しない場合を含む。)の方法は原則として書面の交付により行いますが開示の請求者が同意された方法がある場合は同意された方法で行います。  
決定事項について通知しますが、一部又は全部を開示しないと決定した場合、請求者へ理由を説明します。

#### 「訂正、追加又は削除、利用の停止又は消去、第三者提供の停止請求の場合」

- ① 本会の開示対象個人情報につき訂正、追加又は削除若しくは利用の停止又は消去若しくは第三者提供の停止を求める場合は、「個人情報開示等請求書」(様式1)により本会総務課あて請求していただきます。  
訂正の請求の場合は、誤りを証明する書類を添付していただきます。
- ② 決定事項について通知しますが、請求と異なる措置をとる場合、請求者への理由を説明します。

#### 「利用目的通知請求の場合」

- ① 本会の開示対象個人情報につき利用目的の通知を求められる場合は、「個人情報開示等請求書」(様式1)により本会総務課あて請求していただきます。
- ② 通知の請求者に決定事項を通知しますが、利用目的を通知しないと決定した場合、請求者へ理由を説明します。

### 4 「個人情報」の開示請求等に関する手数料について

個人情報の開示の請求等により費用が発生した場合の手数は、文書の写し等に要する実費(単色刷り1枚10円)と送付に要する実費等とします。

## 5 開示等請求窓口

〒540-0028

大阪市中央区常盤町1丁目3番8号 中央大通FNビル内

大阪府国民健康保険団体連合会 総務部 総務課

電話 06-6949-5309

受付時間 月～金 9:00～17:30(祝祭日、年末年始を除く。)

個人情報開示等請求書

年 月 日

大阪府国民健康保険団体連合会

個人情報の保護に関する法律第 36 条、第 37 条、第 38 条の規定に基づき、次のとおり個人情報の開示等を請求します。

本人 (請求者)	氏名	ふりがな	㊟
	住所	〒 -	
	電話番号		
	本人確認書類 (写し)	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ( ) 本人を確認できるものを添付。 請求書には実印押印のうえ、印鑑証明書 (交付日から 3 か月以内のもの)	

代理人による請求の場合	氏名	ふりがな	㊟
	住所	〒 -	
	電話番号		
	本人確認書類 (写し)	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ( ) 本人を確認できるものを添付。 請求書には実印押印のうえ、印鑑証明書 (交付日から 3 か月以内のもの)	
	本人との関係 及び提出書類	[法定代理人] <input type="checkbox"/> 親権者の場合・・・戸籍謄本または扶養家族が記載された保険証の写し <input type="checkbox"/> 未成年者後見人・・・本人の戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 成年後見人または任意後見人、保佐人、補助人・・・登記事項証明書 [任意代理人] 以下の 2 点を添付 ① 委任状 (別紙 2) (本人、代理人とも実印を押印) ② 代理人の印鑑証明書 (交付日から 3 か月以内のもの)	
請求の内容	<input type="checkbox"/> 開示 ( <input type="checkbox"/> 写しの交付) <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 利用の停止 <input type="checkbox"/> 消去 <input type="checkbox"/> 第三者提供の停止 <input type="checkbox"/> 利用目的の通知 (内容)		
※ 該当項目をチェックし、情報の内容を記入してください。			

(本会使用欄)  
(xPMS-K3440-01.03)

大阪府国民健康保険団体連合会

対応内容	作業担当者		作業実施日	年 月 日 ( )
	対応要否	要 ※ 該当項目をチェックする。 <input type="checkbox"/> 開示 ( <input type="checkbox"/> 写しの交付 ) <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 利用の停止 <input type="checkbox"/> 消去 <input type="checkbox"/> 第三者提供の停止 <input type="checkbox"/> 利用目的の通知	否 ・請求の一部を開示しない。 ・開示しない。 ・情報が不存在 理由 ( ) その他  ただし書の場合 : ( )	

個人情報 取扱責任者	個人情報 問合せ窓口	担当部署 管理責任者	担当者

# 委 任 状

(住 所)

(氏 名)

印

私は、上記のものを代理人と定め、次の権限を委任する。

- 1 個人情報の開示・訂正・追加・削除・利用の停止・消去・第三者提供の停止、利用目的の通知に関する事項

年 月 日

(住 所)

(氏 名)

印