

保有個人情報及び保有特定個人情報の開示・訂正・利用停止請求制度について

1 この制度について

この制度は、熊本県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例に基づき、熊本県後期高齢者医療広域連合の実施機関が保有する自己に関する個人情報・特定個人情報の開示・訂正・利用停止を請求できる制度です。

2 開示請求

(1)開示請求とは

実施機関が保有する自己に関する個人情報（保有個人情報）・特定個人情報（保有特定個人情報）を、開示するよう実施機関に対し請求することです。

(2)開示請求ができる者

①保有個人情報の開示請求

本人、成年被後見人の法定代理人

②保有特定個人情報に関する開示請求

本人、成年被後見人の法定代理人、本人の委任による代理人（任意代理人）

(3)開示の請求方法

①保有個人情報の開示請求

保有個人情報の開示を請求される方は、「保有個人情報開示請求書」を実施機関へ郵送か持参にて提出してください。

②保有特定個人情報に関する開示請求

保有特定個人情報の開示を請求される方は、「保有特定個人情報開示請求書」を実施機関へ郵送か持参にて提出してください。

※請求者が法定代理人及び任意代理人の場合は、委任状の提出が必要となります。

(4)開示請求に対する決定

保有個人情報及び保有特定個人情報の開示請求に対し、開示・一部開示・不開示・不存在・存否回答拒否のいずれかを決定し、請求者に交付します。

(5)開示できるかどうかの決定期間

請求書を受理した翌日から14日以内（やむを得ない理由がある場合には

45日以内)に決定します。

(6)決定に不服のあるとき

決定に不服のある時は、決定のあったことを知った日の翌日から3か月以内に、実施期間に対して行政不服審査法に基づく審査請求をすることができます。(例外規定があります)

(7)開示に係る手数料

閲覧は無料ですが、写しの交付を希望する場合は下記の費用を負担していただきます。

	区 分	金 額	
写しの作成に要する費用	乾式複写機により写しを作成する場合(日本工業規格A列3番以内に限る。)	白 黒	1枚につき10円
		カラー	1枚につき30円
	光ディスク(CD-R 700メガバイト)に複製する場合	1枚につき 100円	
	光磁気ディスク(MO 640メガバイト)に複製する場合	1枚につき 1,000円	
	光ディスク又は光磁気ディスク以外の電磁的記録媒体に複製する場合	当該複製に要する費用の額	
	契約により写しの作成を委託する場合	当該委託契約で定める額	
その他の方法により作成する場合	当該作成に要する費用の額		
写しの郵送に要する費用	当該郵送料に相当する額		

備考 乾式複写機により写しを作成する場合で、A列3番を超えるものについては、A列3番による用紙を用いたものとした場合に必要となる枚数に換算して金額を算定するものとする。

(8)申請書の様式

①保有個人情報開示請求書(様式第2号)

6ページにあります。

②保有特定個人情報開示請求書（様式第2号の2）

7 ページにあります。

③保有特定個人情報開示請求等委任状（様式第2号の3）

8 ページにあります。

3 訂正請求

(1)訂正請求とは

実施機関の公文書に記録されている保有個人情報及び保有特定個人情報について、事実には誤りがあると認められたときは、訂正（追加・削除も含まれます）するよう、実施機関に対し請求することです。

(2)訂正請求ができる者

①保有個人情報の訂正請求

本人、成年被後見人の法定代理人

②保有特定個人情報に関する訂正請求

本人、成年被後見人の法定代理人、本人の委任による代理人（任意代理人）

(3)訂正の請求方法

①保有個人情報の訂正請求

保有個人情報の訂正を請求される方は、「保有個人情報訂正請求書」を実施機関へ郵送か持参にて提出してください。

②保有特定個人情報に関する訂正請求

保有特定個人情報の訂正を請求される方は、「保有特定個人情報訂正請求書」を実施機関へ郵送か持参にて提出してください。

※請求者が法定代理人及び任意代理人の場合は、委任状の提出が必要となります。

(4)訂正請求に対する決定

保有個人情報及び保有特定個人情報の訂正請求に対し、必要な調査を行い訂正、一部訂正、非訂正のいずれかを決定して、請求者に通知します。

(5)決定期間

訂正請求書を受理した翌日から30日以内（やむを得ない理由がある場合には60日以内）に決定します。

(6)決定に不服のあるとき

決定に不服のある時は、決定のあったことを知った日の翌日から3か月以内に、実施期間に対して行政不服審査法に基づく審査請求をすることができます。(例外規定があります)

(7)申請書の様式

①保有個人情報訂正請求書(様式第9号)

9ページにあります。

②保有特定個人情報訂正請求書(様式第9号の2)

10ページにあります。

③保有特定個人情報開示請求等委任状(様式第2号の3)

8ページにあります。

4 利用停止請求

(1)利用停止請求とは

実施機関の公文書に記録されている保有個人情報及び保有特定個人情報について、不適正に取り扱われていると認められたときは、利用の停止、消去、又は外部提供の停止をするよう、実施機関に対し請求することです。

(2)利用停止請求ができる者

①保有個人情報の利用停止請求

本人、成年被後見人の法定代理人

②保有特定個人情報に関する利用停止請求

本人、成年被後見人の法定代理人、本人の委任による代理人(任意代理人)

(3)利用停止の請求方法

①保有個人情報の利用停止請求

保有個人情報の利用停止を請求される方は、「保有個人情報利用停止請求書」を実施機関へ郵送か持参にて提出してください。

②保有特定個人情報に関する利用停止請求

保有特定個人情報の利用停止を請求される方は、「保有特定個人情報利用停止請求書」を実施機関へ郵送か持参にて提出してください。

※請求者が法定代理人及び任意代理人の場合は、委任状の提出が必要となります。

(4)利用停止請求に対する決定

保有個人情報及び保有特定個人情報の利用停止請求に対し、必要な調査を行い、利用停止する、または利用停止しない、のいずれかを決定して、請求者に通知します。

(5)決定期間

利用停止請求書を受理した翌日から 30 日以内（やむを得ない理由がある場合には 60 日以内）に決定します。

(6)決定に不服のあるとき

決定に不服のある時は、決定のあったことを知った日の翌日から 3 か月以内に、実施期間に対して行政不服審査法に基づく審査請求をすることができます。（例外規定があります）

(7)申請書の様式

①保有個人情報利用停止請求書（様式第 15 号）

11 ページにあります。

②保有特定個人情報利用停止請求書（様式第 15 号の 2）

12 ページにあります。

③保有特定個人情報開示請求等委任状（様式第 2 号の 3）

8 ページにあります。

5 開示・訂正・利用停止請求に関する問い合わせ先

熊本県後期高齢者医療広域連合 総務課

〒862-0911

熊本県熊本市東区健軍 2 丁目 4-10

熊本県市町村自治会館内 2 階

電話 096-368-6511

保有個人情報開示請求書

実施機関

(宛)

住 所 〒.....

請求者 氏 名

電話番号(.....) —.....

熊本県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第10条の規定により、次のとおり保有個人情報の開示を請求します。

開 示 請 求 に 係 る 保 有 個 人 情 報 の 内 容		
<p>※対象となる保有個人情報を特定するため、具体的に記入してください。</p>		
開 示 方 法 の 区 分		<input type="checkbox"/> 閱 覧 (<input type="checkbox"/> 閱 覧 <input type="checkbox"/> 視 聴) <input type="checkbox"/> 写 し の 交 付 (<input type="checkbox"/> 郵 送 希 望)
請 求 者 の 区 分		<input type="checkbox"/> 本 人 <input type="checkbox"/> 法 定 代 理 人
法 定 代 理 人 が 請 求 す る 場 合	本 人 と の 関 係 (続 柄 等)	<input type="checkbox"/> 未 成 年 者 の 法 定 代 理 人 (本 人 の) <input type="checkbox"/> 成 年 被 後 見 人 の 法 定 代 理 人 (本 人 の)
	本 人 の 氏 名	
	本 人 の 住 所 等	〒 電 話 番 号 () —

[職員処理欄] ※次の欄は記入しないでください。

請 求 者 の 確 認	<input type="checkbox"/> 運 転 免 許 証 <input type="checkbox"/> 旅 券 <input type="checkbox"/> そ の 他 ()	
	法 定 代 理 人 の 資 格 確 認 ()	
所 管 課		受 付 印
該 当 事 務		
該 当 文 書		

保有特定個人情報開示請求書

実施機関

(宛)

住 所 〒.....

請求者 氏 名

電話番号 () -

熊本県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第10条の規定により、次のとおり保有特定個人情報の開示を請求します。

開 示 請 求 に 係 る 保有特定個人情報の内容 (※対象となる保有特定個人 情報を特定するため、具体 的に記入してください。)		
開 示 方 法 の 区 分		<input type="checkbox"/> 閱 覧(□閲覧 □視聴) <input type="checkbox"/> 写しの交付(□郵送希望)
請 求 者 の 区 分		<input type="checkbox"/> 本 人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意代理人
本 人 以 外 が 請 求 する 合 合	本人との関係 (続柄、資格等)	<input type="checkbox"/> 未成年者の法定代理人 (本人の) <input type="checkbox"/> 成年被後見人の法定代理人 (本人の) <input type="checkbox"/> 任意代理人 (□税理士 □弁護士 □その他())
	本人の氏名	
	本人の住所等	〒 電話番号 () -

[職員処理欄]※次の欄は記入しないでください。

請 求 者 の 確 認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他()	
	法定代理人の資格確認()	
	任意代理人の資格確認()	
所 管 課	受 付 印	
該 当 事 務		
該 当 文 書		

保有特定個人情報開示請求等委任状

実施機関

(宛)

住 所 〒.....

委任者 氏 名 印

電話番号 () -

私は、下記の者を代理人と定め、下記の内容の保有特定個人情報に関し、熊本県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例 第9条
第17条
第20条 の規定に基づく 開示請求
訂正請求
利用停止請求 を行う権限を委任します。

代 理 人	本人との関係 (続柄、資格等)	
	氏 名	
	住 所 等	〒 電話番号 () -
	開示請求 訂正請求 利用停止請求 に係る 保有特定個人情報の 内 容	
	代 理 人 が 本 人 に 代 わ り 開 示 請 求 等 を 行 う 理 由	

保有個人情報訂正請求書

実施機関

(宛)

住 所 〒

請求者 氏 名

電話番号 () -

熊本県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第17条の規定により、次のとおり保有個人情報の訂正を請求します。

訂正請求に係る 保有個人情報の内容		
訂正請求の箇所		
訂正の内容 ※訂正後の内容を記入 して下さい。		
請求者の区分		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人
法定代理人 が請求する 場合	本人との関係 (続柄等)	<input type="checkbox"/> 未成年者の法定代理人 (本人の) <input type="checkbox"/> 被成年後見人の法定代理人 (本人の)
	本人の氏名	
	本人の住所等	〒 電話番号 () -

[職員処理欄] ※次の欄は記入しないでください。

請求者の確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他()	
	法定代理人の資格確認()	
所 管 課		受付印
該 当 事 務		
該 当 文 書		

保有特定個人情報訂正請求書

実施機関

(宛)

住 所 〒.....

請求者 氏 名

電話番号 (.....) -

熊本県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第17条の規定により、次のとおり保有特定個人情報の訂正を請求します。

訂正請求に係る 保有特定個人情報の内容		
訂正請求の箇所		
訂正の内容 ※訂正後の内容を記入 して下さい。		
請求者の区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意代理人	
本人以外 が請求する 場合	本人との関係 (続柄、資格等)	<input type="checkbox"/> 未成年者の法定代理人 (本人の) <input type="checkbox"/> 被成年後見人の法定代理人 (本人の) <input type="checkbox"/> 任意代理人 (<input type="checkbox"/> 税理士 <input type="checkbox"/> 弁護士 <input type="checkbox"/> その他())
	本人の氏名	
	本人の住所等	〒 電話番号 () -

[職員処理欄] ※次の欄は記入しないでください。

請求者の確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他()	
	法定代理人の資格確認()	
	任意代理人の資格確認()	
所管課	受付印	
該当事務		
該当文書		

保有個人情報利用停止請求書

実施機関

(宛)

住 所 〒.....

請求者 氏 名

電話番号 () -

熊本県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第20条第1項の規定により、次のとおり保有個人情報の利用停止請求を請求します。

利用停止請求に係る 保有個人情報の内容		
利用停止請求の 趣旨及び理由		
請求する 利用停止の内容	<input type="checkbox"/> 利用の停止 <input type="checkbox"/> 消去 <input type="checkbox"/> 外部提供の停止	
請求者の区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人	
法定代理人 が請求 をする場合	本人との関係 (続柄等)	<input type="checkbox"/> 未成年者の法定代理人 (本人の) <input type="checkbox"/> 成年被後見人の法定代理人 (本人の)
	本人の氏名	
	本人の住所等	〒 電話番号 () -

[職員処理欄] ※次の欄は記入しないでください。

請求者の確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他()	
	法定代理人の資格確認()	
所 管 課		受 付 印
該 当 事 務		
該 当 文 書		

様式第15号の2 (第13条関係)

年 月 日

保有特定個人情報利用停止請求書

実施機関

(宛)

住 所 〒.....

請求者 氏 名

電話番号 () -

熊本県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第20条第1項の規定により、次のとおり保有特定個人情報の利用停止請求を請求します。

利用停止請求に係る 保有特定個人情報の内容		
利用停止請求の 趣旨及び理由		
請求する 利用停止の内容	<input type="checkbox"/> 利用の停止 <input type="checkbox"/> 消去 <input type="checkbox"/> 外部提供の停止	
請求者の区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意代理人	
本人以外 が請求を する場合	本人との関係 (続柄、資格等)	<input type="checkbox"/> 未成年者の法定代理人 (本人の) <input type="checkbox"/> 被成年後見人の法定代理人 (本人の) <input type="checkbox"/> 任意代理人 (<input type="checkbox"/> 税理士 <input type="checkbox"/> 弁護士 <input type="checkbox"/> その他())
	本人の氏名	
	本人の住所等	〒 電話番号 () -

[職員処理欄]※次の欄は記入しないでください。

請求者の確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他()	
	法定代理人の資格確認()	
	任意代理人の資格確認()	
所 管 課		受 付 印
該 当 事 務		
該 当 文 書		