

保有個人情報開示請求書

年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構 御中

(ふりがな)

氏名 _____

住所又は居所

〒 _____ TEL (_____) _____

個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第77条第1項の規定に基づき、下記のとおり保有個人情報の開示を請求します。

記

1 開示を請求する保有個人情報（具体的に特定してください。）

--

2 求める開示の実施方法等（本欄の記載は任意です。）

ア又はイに○印を付してください。アを選択した場合は、実施の方法及び希望日を記載してください。

ア 事務所における開示の実施を希望する。 ＜実施の方法＞ <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） ＜実施の希望日＞ _____ 年 _____ 月 _____ 日
イ 写しの送付を希望する。

3 手数料

手数料 (1件300円)	銀行振込で支払った場合は、ここに証明する書類を貼ってください。	(請求受付印)
-----------------	---------------------------------	---------

4 本人確認等

ア 開示請求者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意代理人
イ 請求者本人確認書類 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード又は住民基本台帳カード（住所記載のあるもの） <input type="checkbox"/> 在留カード、特別永住者証明書又は特別永住者証明書とみなされる外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） ※請求書を送付して請求をする場合には、加えて住民票の写しを添付してください。
ウ 本人の状況等（法定代理人又は任意代理人が請求する場合にのみ記載してください。） (ア) 本人の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者（ _____ 年 _____ 月 _____ 日生） <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 任意代理人委任者 (ふりがな) (イ) 本人の氏名 _____ (ウ) 本人の住所又は居所 _____
エ 法定代理人が請求する場合、次のいずれかの書類を提示し、又は提出してください。 請求資格確認書類 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
オ 任意代理人が請求する場合、次の書類を提出してください。 請求資格確認書類 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

<様式1（裏面）>

（説明）

1 「氏名」、「住所又は居所」

本人の氏名（旧姓も可）及び住所又は居所を記載してください。ここに記載された氏名及び住所又は居所により開示決定通知等を行うこととなりますので、正確に記載してください。

また、連絡を行う際に必要となりますので、電話番号も記載してください。

なお、法定代理人又は任意代理人（以下「代理人」という。）による開示請求の場合には、代理人の氏名、住所又は居所及び電話番号を記載してください。

2 「開示を請求する保有個人情報」

開示を請求する保有個人情報が記録されている法人文書や個人情報ファイルの名称など、開示請求する保有個人情報を特定できるような情報を具体的に記載してください。

3 「求める開示の実施方法等」

開示を受ける場合の開示の実施の方法（事務所における開示の実施の方法、事務所における開示を希望する場合の希望日又は写しの送付）について、希望がありましたら記載してください。なお、希望する方法に対応できない場合があります。

開示の実施の方法等については、開示決定後に提出していただく「保有個人情報開示実施申出書」により、別途申し出ることできます。

4 手数料の納付について

保有個人情報の開示を請求する場合には、保有個人情報が記録されている法人文書1件について300円を納付する必要があります。銀行振込の方法により300円分を納付した場合は、保有個人情報開示請求書の所定の位置に証明する書類を貼って提出してください。

なお、2の内容によって手数料の額が決まることとなりますので、2の補正により手数料の追加納付等をお願いする場合があります。

5 本人確認書類等

(1) 窓口来所による開示請求の場合

窓口に来所して開示請求をする場合、本人確認のため、個人情報の保護に関する法律施行令第21条に規定する運転免許証、健康保険の被保険者証、個人番号カード（住民基本台帳カード（注）、ただし個人番号通知カードは不可）、在留カード、特別永住者証明書又は特別永住者証明書とみなされる外国人登録証明書等の住所・氏名が記載されている書類を提示・提出してください。どのような書類が本人確認書類に当たるのか分からない場合や、これらの本人確認書類の提示又は提出ができない場合は、開示請求窓口事前に相談してください。

（注） 住民基本台帳カードは、その効力を失うか、個人番号カードの交付を受ける時まで個人番号カードとみなされ、引き続き使用可能です。

(2) 送付による開示請求の場合

保有個人情報開示請求書を送付して保有個人情報の開示請求をする場合には、(1)の本人確認書類を複写機により複写したものに併せて、住民票の写し（ただし、開示請求の前30日以内に作成されたものに限ります。）を提出してください。住民票の写しは、市町村が発行する公文書であり、その複写物による提出は認められません。住民票の写しが提出できない場合は、開示請求窓口事前に相談してください。

なお、個人番号カードを複写機により複写したものを提出する場合は、表面のみ複写し、住民票の写しについては、個人番号の記載がある場合、当該個人番号を黒塗りしてください。

また、被保険者証を複写機により複写したものを提出する場合は、保険者番号及び被保険者等記号・番号を黒塗りにしてください。

(3) 代理人による開示請求の場合

「本人の状況等」欄は、代理人による開示請求の場合にのみ記載してください。必要な記載事項は、保有個人情報の本人の状況、氏名、本人の住所又は居所です。

代理人のうち、法定代理人が開示請求をする場合には、戸籍謄本、戸籍抄本、成年後見登記の登記事項証明書その他法定代理人であることを証明する書類（ただし、開示請求の前30日以内に作成されたものに限ります。）を提示し、又は提出してください。なお、戸籍謄本その他法定代理人であることを証明する書類は、市町村等が発行する公文書であり、その複写物による提示又は提出は認められません。

代理人のうち、任意代理人が開示請求をする場合には、委任状その他その資格を証明する書類（ただし、開示請求の前30日以内に作成されたものに限ります。）を提出してください。ただし、委任状については、①委任者の実印により押印した上で印鑑登録証明書（ただし、開示請求の前30日以内に作成されたものに限ります。）を添付するか又は②委任者の運転免許証、個人番号カード（ただし個人番号通知カードは不可）等本人に対し一に限り発行される書類の写しを併せて提出してください。なお、委任状は、その複写物による提出は認められません。

委 任 状

（代理人）住所 _____

氏名 _____

上記の者を代理人と定め、下記の事項を委任します。

記

- 1 個人情報の開示請求を行う権限
- 2 開示請求に係る事案を移送した旨の通知を受ける権限
- 3 開示決定等の期限を延長した旨の通知を受ける権限
- 4 開示決定等の期限の特例規定を適用した旨の通知を受ける権限
- 5 開示請求に係る個人情報の全部又は一部を開示する旨の決定通知を受ける権限及び開示請求に係る個人情報の全部を開示しない旨の決定通知を受ける権限
- 6 開示の実施の方法その他政令で定める事項を申し出る権限及び開示の実施を受ける権限

年 月 日

（委任者）住所 _____

氏名 _____



連絡先電話番号 _____

（注） 以下のいずれかの措置をとってください。

- ① 委任者の印については実印とし、印鑑登録証明書（ただし、開示請求の前 30 日以内に作成されたものに限ります。）を添付する。
- ② 委任者の運転免許証、個人番号カード（ただし個人番号通知カードは不可）等本人に対し一に限り発行される書類の複写物を添付する。

<様式2> 保有個人情報開示請求書の補正について（依頼）

文 書 番 号
年 月 日

（開示請求者） 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報開示請求書の補正について（依頼）

年 月 日付けの保有個人情報開示請求書（第 号、写しを同封しています。）について、下記のとおり要件に不備な部分がありますので、下記のとおり補正されるよう依頼します。

なお、下記4の期限までに補正がなされない場合には、補正の意思がないものとして扱わせていただきます。

記

1 補正の対象となる事項

手数料が納付されていないか、又は納付額が不足しています。

要納付額： 円

開示請求に係る保有個人情報の本人（の法定代理人又は任意代理人（以下「代理人」という。））であることが確認できません。

保有個人情報開示請求書の記載に、次のような不備があります。

2 補正の方法

(1) 手数料が納付されていないか、又は納付額が不足している場合
円を下記3の提出先に納付してください。

(2) 開示請求に係る保有個人情報の本人（の代理人）であることが確認できない場合
以下に掲げる書類のいずれかを提示し、又は提出してください。

保有個人情報開示請求書に記載されている開示請求をする者の氏名及び住所又は居所と同一の氏名及び住所又は居所が記載されている運転免許証、健康保険の被保険者証、個人番号カード（住民基本台帳カード（注）、ただし個人番号通知カードは不可）、在留カード、特別永住者証明書又は特別永住者証明書とみなされる外国人登録証明書等の書類であって、当該開示請求をする者が本人（の代理人）であることを確認するに足りるもの。

なお、送付する場合は、上の書類のいずれかを複写機により複写したものと及びその者の住民票の写し（開示請求をする前30日以内に作成されたものに限る。）

法定代理人については、戸籍謄本その他その資格を証明する書類（開示請求をする前30日以内に作成されたものに限る。）

任意代理人については、委任状その他その資格を証明する書類（開示請求をする前30日以内に作成されたものに限る。）を提出してください。ただし、委任状については、①委任者の実印により押印した上で印鑑登録証明書（開示請求をする前30日以内に作成されたものに限る。）を添付するか又は②委任者の運転免許証、個人番号カード（ただし個人番号通知カードは不可）等本人に対し一に限り発行される書類の写しを併せて提出してください。なお、委任状は、その複写物による提出は認められません。

(3) 記載事項に不備がある場合

同封の保有個人情報開示請求書の写しを訂正の上、3の提出先に送付し、又は持参してください。

3 補正に必要な文書等の提出先

4 補正に必要な文書等の提出等の期限

年 月 日

<本件連絡先>

独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課

（担当者名）（内線： ）

電 話：

F A X：

e-mail：

(開示請求者) 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報の開示をする旨の決定について (通知)

年 月 日付けで開示請求のあった保有個人情報については、個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第82条第1項の規定に基づき、下記のとおり、開示することに決定したので通知します。

記

1 開示する保有個人情報 (全部開示 ・ 部分開示)

--

2 不開示とした部分とその理由

--

※ この決定に不服がある場合は、行政不服審査法(平成26年法律第68号)の規定により、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、独立行政法人地域医療機能推進機構に対して審査請求をすることができます(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合には審査請求をすることができなくなります。)

また、この決定の取消しを求める訴訟を提起する場合は、行政事件訴訟法(昭和37年法律第139号)の規定により、この決定があったことを知った日から6か月以内に、独立行政法人地域医療機能推進機構を被告として、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、決定があったことを知った日から6か月以内であっても、決定の日から1年を経過した場合には処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

3 開示する保有個人情報の利用目的

--

4 開示の実施の方法等(裏面(又は同封)の説明事項をお読みください。)

(1) 開示の実施の方法等
(2) 事務所における開示を実施することができる日時、場所 期間：○月○日から○月○日まで(土・日曜、祝日を除く。) 時間： 場所：
(3) 写しの送付を希望する場合の準備日数、送付に要する費用(見込み額)

<本件連絡先>

独立行政法人地域医療機能推進機構○○課
(担当者名) (内線：)

電 話：

F A X：

e-mail：

<様式3（裏面）>

（説明）

1 「開示の実施の方法等」

開示の実施の方法等については、この通知書を受け取った日から30日以内に、同封した「保有個人情報開示実施申出書」により開示の実施の申出を行ってください。

開示の実施の方法は、通知書の4（1）「開示の実施の方法等」に記載されている方法から自由に選択できます。

事務所における開示の実施を選択される場合は、通知書の4（2）「事務所における開示を実施することができる日時、場所」に記載されている日時から、希望の日時を選択してください。記載された日時に都合がよいものがない場合は、「本件連絡先」に記載した担当まで連絡してください。なお、開示の実施の準備を行う必要がありますので、「保有個人情報開示実施申出書」は開示を受ける希望日の●日前には当方に届くように提出願います。

また、写しの送付を希望される場合は、「保有個人情報開示実施申出書」によりその旨を申し出てください。なお、この場合は、別途、送付に要する費用負担が必要となります。

2 決定に対する審査請求等

決定に不服がある場合には、行政不服審査法又は行政事件訴訟法により、審査請求又は取消訴訟を提起することができます。これについて詳しくは、この通知書の「2 不開示とした部分とその理由」の「※」をお読みください。

3 開示の実施について

- (1) 事務所における開示の実施を選択され、その旨「保有個人情報開示実施申出書」により申し出られた場合は、開示を受ける当日、事務所に来られる際に、本通知書をお持ちください。
- (2) 写しの送付を希望された場合は、保有個人情報開示実施申出書に併せて、お知らせした送付に要する費用を通知書の4（3）「送付に要する費用」に記載されている方法で送付してください。

4 本件連絡先

開示の実施方法等、審査請求の方法等についてご不明な点がございましたら、本欄に記載した担当までお問い合わせください。

<様式4> 開示をしない旨の決定通知書

文 書 番 号
年 月 日

(開示請求者) 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報の開示をしない旨の決定について (通知)

年 月 日付けで開示請求のありました保有個人情報については、個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第82条第2項の規定により、下記のとおり全部を開示しないことに決定したので通知します。

記

開示請求に係る保有個人情報の名称等	
開示をしないこととした理由	

この決定に不服があるときは、行政不服審査法(平成26年法律第68号)の規定により、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、独立行政法人地域医療機能推進機構に対して審査請求をすることができます(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合には審査請求をすることができなくなります。)

また、この決定の取消しを求める訴訟を提起する場合は、行政事件訴訟法(昭和37年法律第139号)の規定により、この決定があったことを知った日から6か月以内に、独立行政法人地域医療機能推進機構を被告として、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、決定があったことを知った日から6か月以内であっても、決定の日から1年を経過した場合には処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

<本件連絡先>

独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課
(担当者名) (内線:)

電 話:
F A X:
e-mail:

<様式5> 開示決定等期限延長通知書

文 書 番 号
年 月 日

(開示請求者) 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

開示決定等の期限の延長について (通知)

年 月 日付けで開示請求のありました保有個人情報については、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第82条第2項の規定により、下記のとおり全部を開示しないことに決定したので通知します。

記

開示請求に係る保有個人情報の名称等	
延長後の期限	日（開示決定等期限 年 月 日）
延長の理由	

<本件連絡先>

独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課
(担当者名) (内線:)

電 話:

F A X:

e-mail:

文 書 番 号
年 月 日

(開示請求者) 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報開示決定等の期限の特例規定の適用について (通知)

年 月 日付けで開示請求のあった保有個人情報については、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第84条の規定により、下記のとおり開示決定等の期限を延長することとしましたので通知します。

記

開示請求に係る保有個人情報の名称等	
法第84条の規定（開示決定等の期限の特例）を適用することとした理由	
残りの保有個人情報について開示決定等をする期限	（ 年 月 日までに可能な部分について開示決定等を行い、残りの部分については、次に掲載する期限までに開示決定等を行う予定です。） 年 月 日

<本件連絡先>

独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課

（担当者名）（内線： ）

電 話：

F A X：

e-mail：

＜様式7＞ 他の行政機関の長等への開示請求事案移送書

文 書 番 号
年 月 日

(他の行政機関の長等) 殿

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報の開示請求に係る事案の移送について

年 月 日付けで請求のあった保有個人情報の開示請求に係る事案について、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第85条第1項の規定により、下記のとおり移送します。

記

開示請求に係る保有個人情報の名称等	
開示請求者氏名等	氏 名 : 住所又は居所 : 連絡先 : (法定代理人又は任意代理人による開示請求の場合 本人の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者(年 月 日生) <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 任意代理人委任者 本人の氏名 本人の住所又は居所)
添付資料等	・ 開示請求書 ・ 移送前に行った行為の概要記録 ・ ・
備考	(複数の他の行政機関の長等に移送する場合には、その旨)

＜本件連絡先＞
独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課
(担当者名) (内線 :)
電 話 :
F A X :
e-mail :

<様式8> 開示請求者への開示請求事案移送通知書（他の行政機関の長等）

文 書 番 号
年 月 日

（開示請求者） 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報開示請求に係る事案の移送について（通知）

年 月 日付けで請求のあった保有個人情報の開示請求に係る事案については、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第85条1項の規定により、下記のとおり移送したので通知します。

なお、保有個人情報の開示決定等は、下記の移送先の行政機関等において行われます。

記

開示請求に係る保有個人情報の名称等	
移送をした日	年 月 日
移送の理由	
移送先の行政機関の長等	(行政機関の長等) (連絡先) 部局課室名： 担当者名： 所在地： 電話番号：

<本件連絡先>

独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課
(担当者名) (内線：)

電 話：

F A X：

e-mail：

文 書 番 号
年 月 日

（第三者利害関係人） 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報の開示請求に関する意見について（照会）

（あなた、貴社等）に関する情報が含まれている保有個人情報について、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第77条第1項の規定による開示請求があり、当該保有個人情報について開示決定等を行う際の参考とするため、同法第86条第1項の規定に基づき、御意見を伺うこととしました。

つきましては、お手数ですが、当該保有個人情報を開示することにつき御意見があるときは、同封した「保有個人情報の開示決定等に関する意見書」を提出していただきますようお願いいたします。

なお、提出期限までに意見書の提出がない場合には、特に御意見がないものとして取り扱わせていただきます。

記

開示請求に係る保有個人情報の名称等	
開示請求の年月日	年 月 日
開示請求に係る保有個人情報に含まれている（あなた、貴社等）に関する情報の内容	
意見書の提出先	（課室名） （連絡先）
意見書の提出期限	年 月 日

<本件連絡先>

独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課

（担当者名）（内線： ）

電 話：

F A X：

e-mail：

保有個人情報の開示決定等に関する意見書

年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構 御中

(ふりがな)

氏名又は名称

(法人その他の団体にあつては、その団体の代表者名)

住所又は居所

(法人その他の団体にあつては、その主たる事務所の所在地)

年 月 日付けで照会のあつた保有個人情報の開示について、下記のとおり意見を提出します。

記

開示請求に係る保有個人情報の名称等	
開示についての御意見	<p><input type="checkbox"/> 保有個人情報を開示されることについて支障がない。</p> <p><input type="checkbox"/> 保有個人情報を開示されることについて支障がある。</p> <p>(1) 支障（不利益）がある部分</p> <p>(2) 支障（不利益）の具体的理由</p>
連絡先	

<様式10>

(説明)

1 「開示に関する御意見」

保有個人情報を開示されることについて「支障がない」場合、「支障がある」場合のいずれか該当する口にし点を記入してください。

また、「支障がある」を選択された場合には、(1)支障がある部分、(2)支障の具体的理由について記載してください。

2 「連絡先」

本意見書の内容について、内容の確認等をする場合がありますので、確実に連絡が取れる電話番号等を記載してください。

3 本件連絡先

本件の記載方法、内容等について不明な点がありましたら、次の連絡先に連絡してください。

<本件連絡先>

独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課
(担当者名) (内線:)

電 話:

F A X:

e-mail:

文 書 番 号
年 月 日

（第三者利害関係人） 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報の開示請求に関する意見について（照会）

（あなた、貴社等）に関する情報が含まれている保有個人情報について、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第77条第1項の規定による開示請求があり、当該保有個人情報について開示決定等を行う際の参考とするため、同法第86条第2項の規定に基づき、御意見を伺うこととしました。

つきましては、お手数ですが、当該保有個人情報を開示することにつき御意見があるときは、同封した「保有個人情報の開示決定等に関する意見書」を提出していただきますようお願いいたします。

なお、提出期限までに意見書の提出がない場合には、特に御意見がないものとして取り扱わせていただきます。

記

開示請求に係る保有個人情報の名称等	
開示請求の年月日	年 月 日
法第86条第2項第1号又は第2号の規定の適用区分及びその理由	適用区分 <input type="checkbox"/> 第1号、 <input type="checkbox"/> 第2号 (適用理由)
開示請求に係る保有個人情報に含まれている（あなた、貴社等）に関する情報の内容	
意見書の提出先	(課室名) (連絡先)
意見書の提出期限	年 月 日

<本件連絡先>

独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課
(担当者名) (内線:)

電 話:

F A X:

e-mail:

文 書 番 号
年 月 日

(反対意見書を提出した第三者) 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

反対意見書に係る保有個人情報の開示決定について (通知)

(あなた、貴社等) から 年 月 日付けで「保有個人情報の開示決定等に係る意見書」の提出がありました保有個人情報については、下記のとおり開示決定しましたので、個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第86条第3項の規定により通知します。

記

開示請求に係る保有個人情報の名称等	
開示することとした理由	
開示決定をした日	年 月 日
開示を実施する日	年 月 日

この決定に不服があるときは、行政不服審査法(平成26年法律第68号)の規定により、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、独立行政法人地域医療機能推進機構に対して審査請求をすることができます(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合には審査請求をすることができなくなります。)

また、この決定の取消しを求める訴訟を提起する場合は、行政事件訴訟法(昭和37年法律第139号)の規定により、この決定があったことを知った日から6か月以内に、独立行政法人地域医療機能推進機構を被告として、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、決定があったことを知った日から6か月以内であっても、決定の日から1年を経過した場合には処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

<本件連絡先>

独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課

(担当者名) (内線:)

電 話:

F A X:

e-mail:

保有個人情報の開示の実施方法等申出書

年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構 御中

(ふりがな)

氏名 _____

住所又は居所

〒 _____ TEL (_____) _____

個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第87条第3項の規定に基づき、下記のとおり申出をします。

記

1 保有個人情報開示決定通知書の番号等

文書番号：

日 付：

2 求める開示の実施方法

開示請求に係る保有個人情報の名称等	実 施 の 方 法	
	(1) 閲覧	① 全部 ② 一部 ()
	(2) 複写したものの交付	① 全部 ② 一部 ()
	(3) その他 ()	① 全部 ② 一部 ()

3 開示の実施を希望する日

年 月 日 午前・午後

4 「写しの送付」の希望の有無

有 : 同封する郵便切手等の額 円
無

<本件連絡先>

独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課

(担当者名) (内線:)

電 話:

F A X:

e-mail:

保有個人情報訂正請求書

年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構 御中

(ふりがな)

氏名 _____

住所又は居所

〒 _____ Tel (_____) _____

個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第91条第1項の規定に基づき、下記のとおり保有個人情報の訂正を請求します。

記

訂正請求に係る保有個人情報の開示を受けた日	年 月 日
開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報	開示決定通知書の文書番号： _____ 日付： _____ 開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報の名称等 _____
訂正請求の趣旨及び理由	(趣旨) (理由)

1 訂正請求者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意代理人
2 請求者本人確認書類 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード又は住民基本台帳カード（住所記載のあるもの） <input type="checkbox"/> 在留カード、特別永住者証明書又は特別永住者証明書とみなされる外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） ※ 請求書を送付して請求する場合には、加えて住民票の写し等を添付してください。
3 本人の状況等（法定代理人又は任意代理人が請求する場合にのみ記載してください。） ア 本人の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者（ _____ 年 月 日生） <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 任意代理人委任者 (ふりがな) イ 本人の氏名 _____ ウ 本人の住所又は居所 _____
4 法定代理人が請求する場合、次のいずれかの書類を提示し、又は提出してください。 請求資格確認書類 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
5 任意代理人が請求する場合、次の書類を提出してください。 請求資格確認書類 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

<様式14（裏面）>

（説明）

1 「氏名」「住所又は居所」

本人の氏名及び住所又は居所を記載してください。ここに記載された氏名及び住所又は居所により訂正決定通知等を行うこととなりますので、正確に記入してください。

また、連絡を行う際に必要となりますので、電話番号も記載してください。

なお、法定代理人又は任意代理人（以下「代理人」という。）による訂正請求の場合には、代理人の氏名、住所又は居所及び電話番号を記載してください。

2 「訂正請求に係る保有個人情報の開示を受けた日」

3①及び②に掲げる保有個人情報の開示の実施を受けた日を記載してください。

3 「開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報」

「開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報」の名称を記載してください。なお、本法により保有個人情報の訂正請求ができるのは次に掲げるものです。

- ① 開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報（法第90条第1項第1号）
- ② 開示決定に係る保有個人情報であって、法第88条第1項の他の法律又はこれに基づく命令の規定により開示を受けたもの（法第90条第1項第2号）

4 「訂正請求の趣旨及び理由」

(1) 訂正請求の趣旨

どのような訂正を求めるかについて簡潔に記載してください。

(2) 訂正請求の理由

訂正請求の趣旨を裏付ける根拠を明確かつ簡潔に記載してください。なお、本欄に記載しきれない場合には、本欄を参考に別葉に記載し、本請求書に添付して提出してください。

5 訂正請求の期限について

訂正請求は、法第90条第3項の規定により、保有個人情報の開示を受けた日から90日以内に行ななければならないこととなっています。

6. 本人確認書類等

(1) 窓口来所による訂正請求の場合

窓口に来所して訂正請求をする場合、本人確認のため、個人情報の保護に関する法律施行令第28条において読み替えて準用する同令第21条（第4項及び第5項を除く。）に規定する運転免許証、健康保険の被保険者証、個人番号カード（住民基本台帳カード（注）、ただし個人番号通知カードは不可）、在留カード、特別永住者証明書又は特別永住者証明書とみなされる外国人登録証明書等の住所・氏名が記載されている書類を提示・提出してください。どのような書類が本人確認書類に当たるのか分からない場合や、本人確認書類の提示又は提出ができない場合は、訂正請求窓口事前に相談してください。

（注） 住民基本台帳カードは、その効力を失うか、個人番号カードの交付を受ける時まで個人番号カードとみなされ、引き続き使用可能です。

(2) 送付による訂正請求の場合

保有個人情報訂正請求書を送付して保有個人情報の訂正請求をする場合には、(1)の本人確認書類を複写機により複写したものに併せて、住民票の写し(ただし、訂正請求の前30日以内に作成されたものに限り、)を提出してください。住民票の写しは、市町村が発行する公文書であり、その複写物による提出は認められません。住民票の写しが提出できない場合は、訂正請求窓口事前に相談してください。

なお、個人番号カードを複写機により複写したものを提出する場合は、表面のみ複写し、住民票の写しについては、個人番号の記載がある場合、当該個人番号を黒塗りしてください。

また、被保険者証を複写機により複写したものを提出する場合は、保険者番号及び被保険者等記号・番号を黒塗りにしてください。

(3) 代理人による訂正請求の場合

「本人の状況等」欄は、代理人による訂正請求の場合にのみ記載してください。必要な記載事項は、保有個人情報の本人の状況、氏名及び本人の住所又は居所です。

代理人のうち、法定代理人が訂正請求をする場合には、戸籍謄本、戸籍抄本、成年後見登記の登記事項証明書その他法定代理人であることを証明する書類(ただし、訂正請求の前30日以内に作成されたものに限り、)を提示し、又は提出してください。なお、戸籍謄本その他法定代理人であることを証明する書類は、市町村等が発行する公文書であり、その複写物による提示又は提出は認められません。

代理人のうち、任意代理人が訂正請求をする場合には、委任状その他その資格を証明する書類(ただし、訂正請求の前30日以内に作成されたものに限り、)を提出してください。ただし、委任状については、①委任者の実印により押印した上で印鑑登録証明書(ただし、訂正請求の前30日以内に作成されたものに限り、)を添付するか又は②委任者の運転免許証、個人番号カード(ただし個人番号通知カードは不可)等本人に対し一に限り発行される書類の写しを併せて提出してください。なお、委任状は、その複写物による提出は認められません。

委 任 状

（代理人）住所 _____

氏名 _____

上記の者を代理人と定め、下記の事項を委任します。

記

- 1 個人情報の訂正請求を行う権限
- 2 訂正請求に係る事案を移送した旨の通知を受ける権限
- 3 訂正決定等の期限を延長した旨の通知を受ける権限
- 4 訂正決定等の期限の特例規定を適用した旨の通知を受ける権限
- 5 訂正請求に係る個人情報を訂正する旨の決定通知を受ける権限及び訂正請求に係る個人情報を訂正しない旨の決定通知を受ける権限

年 月 日

（委任者）住所 _____

氏名 _____

印

連絡先電話番号 _____

（注） 以下のいずれかの措置をとってください。

- ① 委任者の印については実印とし、印鑑登録証明書（ただし、訂正請求の前 30 日以内に作成されたものに限ります。）を添付する。
- ② 委任者の運転免許証、個人番号カード（ただし個人番号通知カードは不可）等本人に対し一に限り発行される書類の複写物を添付する。

<様式15> 保有個人情報訂正請求書の補正について（依頼）

文 書 番 号
年 月 日

（訂正請求者） 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報訂正請求書の補正について（依頼）

年 月 日付けの保有個人情報訂正請求書（第 号、写しを同封しています。）について、下記のとおり要件に不備な部分がありますので、下記のとおり補正されるよう依頼します。

なお、下記4の期限までに補正がなされない場合には、補正の意思がないものとして扱わせていただきます。

記

1 補正の対象となる事項

- 開示請求に係る保有個人情報の本人（の法定代理人又は任意代理人（以下「代理人」という。））であることが確認できません。
- 保有個人情報訂正請求書の記載に、次のような不備があります。

2 補正の方法

(1) 開示請求に係る保有個人情報の本人（の代理人）であることが確認できない場合

以下に掲げる書類のいずれかを提示し、又は提出してください。

保有個人情報開示請求書に記載されている開示請求をする者の氏名及び住所又は居所と同一の氏名及び住所又は居所が記載されている運転免許証、健康保険の被保険者証、個人番号カード（住民基本台帳カード（注）、ただし個人番号通知カードは不可）、在留カード、特別永住者証明書又は特別永住者証明書とみなされる外国人登録証明書等の書類であって、当該開示請求をする者が本人（の代理人）であることを確認するに足りるもの。

なお、送付する場合は、上の書類のいずれかを複写機により複写したものと及びその者の住民票の写し（開示請求をする前30日以内に作成されたものに限る。）

法定代理人については、戸籍謄本その他その資格を証明する書類（開示請求をする前30日以内に作成されたものに限る。）

任意代理人については、委任状その他その資格を証明する書類（開示請求をする前30日以内に作成されたものに限る。）を提出してください。ただし、委任状については、①委任者の実印により押印した上で印鑑登録証明書（開示請求をする前30日以内に作成されたものに限る。）を添付するか又は②委任者の運転免許証、個人番号カード（ただし個人番号通知カードは不可）等本人に対し一に限り発行される書類の写しを併せて提出してください。なお、委任状は、その複写物による提出は認められません。

(2) 記載事項に不備がある場合

同封の保有個人情報訂正請求書の写しを訂正の上、3の提出先に送付し、又は持参してください。

3 補正に必要な文書等の提出先

4 補正に必要な文書等の提出等の期限

年 月 日

<本件連絡先>

独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課

(担当者名) (内線 :)

電 話 :

F A X :

e-mail :

文 書 番 号
年 月 日

(訂正請求者) 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報の訂正をする旨の決定について (通知)

年 月 日付けで訂正請求のあった保有個人情報については、個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第93条第1項の規定により、下記のとおり訂正することと決定したので通知します。

記

訂正請求に係る保有個人情報の名称等	
訂正請求の趣旨	
訂正決定をする内容及び理由	(訂正内容) (訂正理由)

この決定に不服があるときは、行政不服審査法(平成26年法律第68号)の規定により、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、独立行政法人地域医療機能推進機構に対して審査請求をすることができます(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合には審査請求をすることができなくなります。)

また、この決定の取消しを求める訴訟を提起する場合は、行政事件訴訟法(昭和37年法律第139号)の規定により、この決定があったことを知った日から6か月以内に、独立行政法人地域医療機能推進機構を被告として、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、決定があったことを知った日から6か月以内であっても、決定の日から1年を経過した場合には処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

<本件連絡先>

独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課
(担当者名) (内線:)

電 話:

F A X:

e-mail:

(訂正請求者) 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報の訂正をしない旨の決定について (通知)

年 月 日付けで訂正請求のあった保有個人情報については、個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第93条第2項の規定により、訂正をしない旨の決定をしたので、下記のとおり通知します。

記

訂正請求に係る保有個人情報の名称等	
訂正をしないこととした理由	

この決定に不服があるときは、行政不服審査法(平成26年法律第68号)の規定により、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、独立行政法人地域医療機能推進機構に対して審査請求をすることができます(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合には審査請求をすることができなくなります。)

また、この決定の取消しを求める訴訟を提起する場合は、行政事件訴訟法(昭和37年法律第139号)の規定により、この決定があったことを知った日から6か月以内に、独立行政法人地域医療機能推進機構を被告として、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、決定があったことを知った日から6か月以内であっても、決定の日から1年を経過した場合には処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

<本件連絡先>
独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課
(担当者名) (内線:)
電 話:
F A X:
e-mail:

<様式18> 訂正決定等期限延長通知書

文 書 番 号
年 月 日

(訂正請求者) 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報訂正決定等の期限の延長について (通知)

年 月 日付けで訂正請求のあった保有個人情報については、個人情報の保護に関する法律 (平成15年法律第57号) 第94条第2項の規定により、下記のとおり訂正決定等の期限を延長することとしましたので通知します。

記

訂正請求に係る保有個人情報の名称等	
延長後の期限	日 (訂正決定等期限 年 月 日)
延長の理由	

<本件連絡先>
独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課
(担当者名) (内線:)
電 話:
F A X:
e-mail:

<様式19> 訂正決定等期限特例延長通知書

文 書 番 号
年 月 日

(訂正請求者) 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報訂正決定等の期限の特例規定の適用について (通知)

年 月 日付けで訂正請求のあった保有個人情報については、個人情報の保護に関する法律 (平成15年法律第57号) 第95条の規定により、下記のとおり訂正決定等の期限を延長することとしましたので通知します。

記

訂正請求に係る保有個人情報の名称等	
法第95条の規定(訂正決定等の期限の特例)を適用する理由	
訂正決定等をする期限	年 月 日

<本件連絡先>

独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課
(担当者名) (内線 :)
電 話 :
F A X :
e-mail :

<様式20> 他の行政機関の長等への訂正請求事案移送書

文 書 番 号
年 月 日

(他の行政機関の長等) 殿

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報訂正請求に係る事案の移送について

年 月 日付けで訂正請求のあった保有個人情報については、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第96条第1項の規定により、下記のとおり移送します。

記

訂正請求に係る保有個人情報の名称等	
訂正請求者名等	氏 名： 住所又は居所： 連絡先： (法定代理人又は任意代理人による訂正請求の場合 本人の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者（ 年 月 日生） <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 任意代理人委任者 本人の氏名 _____ 本人の住所又は居所 _____)
添付資料等	・ 訂正請求書 ・ 移送前に行った行為の概要記録 ・ ・
備考	(複数の他の行政機関の長等に移送する場合には、その旨)

<本件連絡先>
独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課
(担当者名) (内線:)
電 話:
F A X:
e-mail:

<様式21> 訂正請求者への訂正請求事案移送通知書

文 書 番 号
年 月 日

(訂正請求者) 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報訂正請求に係る事案の移送について (通知)

年 月 日付けで訂正請求のあった保有個人情報については、個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第96条第1項の規定により、下記のとおり事案を移送したので通知します。

なお、保有個人情報の訂正決定等は、下記の移送先の行政機関等において行われます。

記

訂正請求に係る保有個人情報の名称等	
移送をした日	年 月 日
移送の理由	
移送先の行政機関の長等	(行政機関の長等) (連絡先) 部局課室名： 担当者名： 所在地： 電話番号：
備考	

<本件連絡先>
独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課
(担当者名) (内線：)
電 話：
F A X：
e-mail：

(保有個人情報の提供先等) 殿

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

提供をしている保有個人情報の訂正をする旨の決定について (通知)

(他の行政機関の長等) に提供している下記の保有個人情報については、個人情報の保護に関する法律 (平成15年法律第57号) 第92条の規定により訂正を実施しましたので、同法第97条の規定により、通知します。

記

訂正請求に係る保有個人情報の名称等	
訂正請求者の氏名等 保有個人情報の特定 するための情報	(氏名、住所等)
訂正請求の趣旨	
訂正決定をする内容 及び理由	(訂正内容) (訂正理由)

<本件連絡先>

独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課
(担当者名) (内線:)

電 話:

F A X:

e-mail:

保有個人情報利用停止請求書

年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構 御中

(ふりがな)

氏名 _____

住所又は居所

〒 _____ TEL (_____) _____

個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第99条第1項の規定に基づき、下記のとおり保有個人情報の利用停止を請求します。

記

利用停止請求に係る保有個人情報の開示を受けた日	年 月 日
開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報の名称等	開示決定通知書の文書番号： _____、日付：○年○月○日 開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報 _____
利用停止請求に係る趣旨及び理由	(趣旨) <input type="checkbox"/> 第1号該当 → <input type="checkbox"/> 利用の停止、 <input type="checkbox"/> 消去 <input type="checkbox"/> 第2号該当 → 提供の停止 (理由)

1 利用停止請求者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 任意代理人
2 請求者本人確認書類 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード又は住民基本台帳カード（住所記載のあるもの） <input type="checkbox"/> 在留カード、特別永住者証明書又は特別永住者証明書とみなされる外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） ※ 請求書を送付して請求する場合には、加えて住民票の写し等を添付してください。
3 本人の状況等（法定代理人又は任意代理人が請求する場合にのみ記載してください。） ア 本人の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者（ _____ 年 _____ 月 _____ 日生） <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 任意代理人委任者 (ふりがな) イ 本人の氏名 _____ ウ 本人の住所又は居所 _____
4 法定代理人が請求する場合、次のいずれかの書類を提示し、又は提出してください。 請求資格確認書類 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
5 任意代理人が請求する場合、次の書類を提出してください。 請求資格確認書類 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

<様式23>

(説明)

1 「氏名」、「住所又は居所」

本人の氏名及び住所又は居所を記載してください。ここに記載された氏名及び住所又は居所により利用停止決定通知等を行うこととなりますので、正確に記入してください。

また、連絡を行う際に必要となりますので、電話番号も記載してください。

なお、法定代理人又は任意代理人（以下「代理人」という。）による利用停止請求の場合には、代理人の氏名、住所又は居所及び電話番号を記載してください。

2 「利用停止請求に係る保有個人情報の開示を受けた日」

3①及び②に掲げる保有個人情報の開示の実施を受けた日を記載してください。

3 「開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報」

「開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報」の名称等を記載してください。なお、本法により保有個人情報の利用停止請求ができるのは次に掲げるものです。

- ① 開示決定に基づき開示を受けた保有個人情報（法第90条第1項第1号）
- ② 開示決定に係る保有個人情報であって、法第88条第1項の他の法律又はこれに基づく命令の規定により開示を受けたもの（法第90条第1項第2号）

4 「利用停止請求の趣旨及び理由」

(1) 利用停止請求の趣旨

「利用停止請求の趣旨」は、「第1号該当」、「第2号該当」のいずれか該当する□にレ点を記入してください。

ア 「第1号該当」には、第18条の規定（利用目的による制限）若しくは第19条の規定（不適正な利用の禁止）に違反して取り扱われているとき、第20条の規定（適正な取得）に違反して取得されたものであるときに、□にレ点を記入してください。また、「利用の停止」又は「消去」のいずれかにレ点を記入してください。

イ 「第2号該当」には、第27条第1項の規定（第三者提供の制限）又は第28条の規定（外国にある第三者への提供の制限）に違反して他の行政機関等や外国にある第三者等に提供されていると考えるときに、□にレ点を記入してください。

(2) 利用停止請求の理由

「利用停止請求の理由」は、利用停止請求の趣旨を裏付ける根拠を明確かつ簡潔に記載してください。なお、本欄に記載しきれない場合には、本欄を参考に別葉に記載し、本請求書に添付して提出してください。

5 利用停止請求の期限について

利用停止請求は、法第98条第3項の規定により、保有個人情報の開示を受けた日から90日以内に行ななければならないこととなっています。

6. 本人確認書類等

(1) 窓口来所による利用停止請求の場合

窓口に来所して利用停止請求をする場合、本人確認のため、個人情報の保護に関する法律施行令第28条において読み替えて準用する同令第21条（第4項及び第5項を除く。）に規定する運転免許証、健康保険の被保険者証、個人番号カード（住民基本台帳カード（注）、ただし個人番号通知カードは不可）、在留カード、特別永住者証明書又は特別永住者証明書とみなされる外国人登録証明書等の住所・氏名が記載されている書類を提示・提出してください。どのような書類が本人確認書類に当たるのか分からない場合や、本人確認書類の提示又は提出ができない場合は、利用停止請求窓口事前に相談してください。

（注） 住民基本台帳カードは、その効力を失うか、個人番号カードの交付を受ける時まで個人番号カードとみなされ、引き続き使用可能です。

(2) 送付による利用停止請求の場合

保有個人情報利用停止請求書を送付して保有個人情報の利用停止請求をする場合には、（1）の本人確認書類を複写機により複写したものに併せて、住民票の写し（ただし、利用停止請求の前30日以内に作成されたものに限ります。）を提出してください。住民票の写しは、市町村が発行する公文書であり、その複写物による提出は認められません。住民票の写しが提出できない場合は、利用停止請求窓口事前に相談してください。

なお、個人番号カードを複写機により複写したものを提出する場合は、表面のみ複写し、住民票の写しについては、個人番号の記載がある場合、当該個人番号を黒塗りしてください。

また、被保険者証を複写機により複写したものを提出する場合は、保険者番号及び被保険者等記号・番号を黒塗りにしてください。

(3) 代理人による利用停止請求の場合

「本人の状況等」欄は、代理人による利用停止請求の場合に記載してください。必要な記載事項は、保有個人情報の本人の状況、氏名、本人の住所又は居所です。

代理人のうち、法定代理人が利用停止請求をする場合には、戸籍謄本、戸籍抄本、成年後見登記の登記事項証明書その他法定代理人であることを証明する書類（ただし、利用停止請求の前30日以内に作成されたものに限ります。）を提示し、又は提出してください。なお、戸籍謄本その他法定代理人であることを証明する書類は、市町村等が発行する公文書であり、その複写物による提示又は提出は認められません。

代理人のうち、任意代理人が利用停止請求をする場合には、委任状その他その資格を証明する書類（ただし、利用停止請求の前30日以内に作成されたものに限ります。）を提出してください。ただし、委任状については、①委任者の実印により押印した上で印鑑登録証明書（ただし、利用停止請求の前30日以内に作成されたものに限ります。）を添付するか又は②委任者の運転免許証、個人番号カード（ただし個人番号通知カードは不可）等本人に対し一に限り発行される書類の写しを併せて提出してください。なお、委任状は、その複写物による提出は認められません。

委 任 状

（代理人）住所

氏名

上記の者を代理人と定め、下記の事項を委任します。

記

- 1 個人情報の利用停止請求を行う権限
- 2 利用停止決定等の期限を延長した旨の通知を受ける権限
- 3 利用停止決定等の期限の特例規定を適用した旨の通知を受ける権限
- 4 利用停止請求に係る個人情報を利用停止する旨の決定通知を受ける権限及び利用停止請求に係る個人情報を利用停止しない旨の決定通知を受ける権限

年 月 日

（委任者）住所

氏名



連絡先電話番号

（注） 以下のいずれかの措置をとってください。

- ① 委任者の印については実印とし、印鑑登録証明書（ただし、利用停止請求の前 30 日以内に作成されたものに限り。）を添付する。
- ② 委任者の運転免許証、個人番号カード（ただし個人番号通知カードは不可）等本人に対し一に限り発行される書類の複写物を添付する。

<様式24> 保有個人情報利用停止請求書の補正について（依頼）

文 書 番 号
年 月 日

（利用停止請求者） 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報利用停止請求書の補正について（依頼）

年 月 日付けの保有個人情報利用停止請求書（第 号、写しを同封しています。）について、下記のとおり要件に不備な部分がありますので、下記のとおり補正されるよう依頼します。

なお、下記4の期限までに補正がなされない場合には、補正の意思がないものとして扱わせていただきます。

記

1 補正の対象となる事項

- 開示請求に係る保有個人情報の本人（の法定代理人又は任意代理人（以下「代理人」という。））であることが確認できません。
- 保有個人情報訂正請求書の記載に、次のような不備があります。

2 補正の方法

- (1) 開示請求に係る保有個人情報の本人（の代理人）であることが確認できない場合
以下に掲げる書類のいずれかを提示し、又は提出してください。

保有個人情報開示請求書に記載されている開示請求をする者の氏名及び住所又は居所と同一の氏名及び住所又は居所が記載されている運転免許証、健康保険の被保険者証、個人番号カード（住民基本台帳カード（注）、ただし個人番号通知カードは不可）、在留カード、特別永住者証明書又は特別永住者証明書とみなされる外国人登録証明書等の書類であって、当該開示請求をする者が本人（の代理人）であることを確認するに足りるもの。

なお、送付する場合は、上の書類のいずれかを複写機により複写したものと及びその者の住民票の写し（開示請求をする前30日以内に作成されたものに限る。）

法定代理人については、戸籍謄本その他その資格を証明する書類（開示請求をする前30日以内に作成されたものに限る。）

任意代理人については、委任状その他その資格を証明する書類（開示請求をする前30日以内に作成されたものに限る。）を提出してください。ただし、委任状については、①委任者の実印により押印した上で印鑑登録証明書（開示請求をする前30日以内に作成されたものに限る。）を添付するか又は②委任者の運転免許証、個人番号カード（ただし個人番号通知カードは不可）等本人に対し一に限り発行される書類の写しを併せて提出してください。なお、委任状は、その複写物による提出は認められません。

(2) 記載事項に不備がある場合

同封の保有個人情報利用停止請求書の写しを訂正の上、3の提出先に送付し、又は持参して
く
ださい。

3 補正に必要な文書等の提出先

4 補正に必要な文書等の提出等の期限

年 月 日

<本件連絡先>

独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課
(担当者名) (内線:)

電 話:

F A X:

e-mail:

文 書 番 号
年 月 日

(利用停止請求者) 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報の利用停止をする旨の決定について (通知)

年 月 日付けで利用停止請求のあった保有個人情報については、個人情報の保護に関する法律 (平成15年法律第57号) 第101条第1項の規定により、下記のとおり、利用停止することに決定したので通知します。

記

利用停止請求に係る保有個人情報の名称等	
利用停止請求の趣旨	
利用停止決定をする内容及び理由	(利用停止決定の内容) (利用停止の理由)

この決定に不服があるときは、行政不服審査法 (平成26年法律第68号) の規定により、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、独立行政法人地域医療機能推進機構に対して審査請求をすることができます (なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合には審査請求をすることができなくなります。)。

また、この決定の取消しを求める訴訟を提起する場合は、行政事件訴訟法 (昭和37年法律第139号) の規定により、この決定があったことを知った日から6か月以内に、独立行政法人地域医療機能推進機構を被告として、処分の取消しの訴えを提起することができます (なお、決定があったことを知った日から6か月以内であっても、決定の日から1年を経過した場合には処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。

<本件連絡先>

独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課
(担当者名) (内線:)

電 話:

F A X:

e-mail:

<様式26> 利用停止をしない旨の決定通知書

文 書 番 号
年 月 日

(利用停止請求者) 殿

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報の利用停止をしない旨の決定について (通知)

年 月 日付けで利用停止請求のあった保有個人情報については、個人情報の保護に関する法律 (平成15年法律第57号) 第101条第2項の規定により、利用停止をしないことに決定をしたので、下記のとおり通知します。

記

利用停止請求に係る保有個人情報の名称等	
利用停止をしないこととした理由	

この決定に不服があるときは、行政不服審査法 (平成26年法律第68号) の規定により、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、独立行政法人地域医療機能推進機構に対して審査請求をすることができます (なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合には審査請求をすることができなくなります。)

また、この決定の取消しを求める訴訟を提起する場合は、行政事件訴訟法 (昭和37年法律第139号) の規定により、この決定があったことを知った日から6か月以内に、独立行政法人地域医療機能推進機構を被告として、処分の取消しの訴えを提起することができます (なお、決定があったことを知った日から6か月以内であっても、決定の日から1年を経過した場合には処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

@<本件連絡先>

独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課
(担当者名) (内線:)

電 話:

F A X:

e-mail:

<様式27> 利用停止決定等期限延長通知書

文 書 番 号
年 月 日

(利用停止請求者) 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報利用停止決定等の期限の延長について (通知)

年 月 日付けで利用停止請求のあった保有個人情報については、個人情報の保護に関する法律 (平成15年法律第57号) 第102条第2項の規定により、下記のとおり利用停止決定等の期限を延長することとしましたので通知します。

記

利用停止請求に係る保有個人情報の名称等	
延長後の期限	日 (利用停止決定等の期限 年 月 日)
延長の理由	

<本件連絡先>

独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課

(担当者名) (内線:)

電 話:

F A X:

e-mail:

<様式28> 利用停止決定等期限特例延長通知書

文 書 番 号
年 月 日

(利用停止請求者) 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

保有個人情報利用停止決定等の期限の特例規定の適用について (通知)

年 月 日付けで利用停止請求のあった保有個人情報については、個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第103条の規定により、下記のとおり利用停止決定等の期限を延長することとしましたので通知します。

記

利用停止請求に係る保有個人情報の名称等	
法第103条の規定(利用停止決定等の期限の特例)を適用する理由	
利用停止決定等をする期限	年 月 日

<本件連絡先>
独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課
(担当者名) (内線:)
電 話:
F A X:
e-mail:

<様式29> 諮問書（開示決定等）

文 書 番 号
年 月 日

情報公開・個人情報保護審査会 御中

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

諮 問 書

個人情報の保護に関する法律第82条の規定に基づく開示決定等について、別紙のとおり、審査請求があったので、同法第105条第1項の規定に基づき諮問します。

<様式29> 諮問書（開示決定等）（別紙）

（別紙）

1 審査請求に係る保有個人情報 の名称等	
2 審査請求に係る開示決定 等 (開示決定等の種類) <input type="checkbox"/> 開示決定 <input type="checkbox"/> 一部開示決定 (該当不開示条項) <input type="checkbox"/> 不開示決定 (該当不開示条項)	(1) 開示決定等の日付、記号番号 (2) 開示決定等をした者 (3) 開示決定等の概要
3 審査請求	(1) 審査請求日 (2) 審査請求人 (3) 審査請求の趣旨
4 諮問の理由	
5 参加人等	
6 添付書類等	① 保有個人情報開示請求書（写し） ② 保有個人情報の開示をする旨の決定について（通知）（写し）又 は保有個人情報の開示をしない旨の決定について（通知）（写し） ③ 審査請求書（写し） ④ 理由説明書 ⑤ 開示の実施を行った保有個人情報が記載された法人文書等（写し） ⑥ その他参考資料
7 諮問庁担当課、担当者名 電話、住所等	

<様式30> 諮問書（訂正決定等）

文 書 番 号
年 月 日

情報公開・個人情報保護審査会 御中

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

諮 問 書

個人情報の保護に関する法律第93条の規定に基づく訂正決定等について、別紙のとおり、審査請求があったので、同法第105条第1項の規定に基づき諮問します。

<様式30> 諮問書（訂正決定等）（別紙）

（別紙）

1 審査請求に係る保有個人情報 の名称等	
2 審査請求に係る訂正決定 等 (訂正決定等の種類) <input type="checkbox"/> 訂正決定 <input type="checkbox"/> 不訂正決定	(1) 訂正決定等の日付、記号番号 (2) 訂正決定等をした者 (3) 訂正決定等の概要
3 審査請求	(1) 審査請求日 (2) 審査請求人 (3) 審査請求の趣旨
4 諮問の理由	
5 参加人等	
6 添付書類等	① 保有個人情報訂正請求書（写し） ② 保有個人情報の訂正をする旨の決定について（通知）（写し）又 は保有個人情報の訂正をしない旨の決定について（通知）（写し） ③ 審査請求書（写し） ④ 理由説明書 ⑤ その他参考資料
7 諮問庁担当課、担当者名 電話、住所等	

<様式31> 諮問書（利用停止決定等）

文 書 番 号
年 月 日

情報公開・個人情報保護審査会 御中

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

諮 問 書

個人情報の保護に関する法律第101条の規定に基づく利用停止決定等について、別紙のとおり、審査請求があったので、同法第105条第1項の規定に基づき諮問します。

<様式31> 諮問書（利用停止決定等）（別紙）

（別紙）

1 審査請求に係る保有個人情報 の名称等	
2 審査請求に係る利用停止 決定等 (利用停止決定等の種類) <input type="checkbox"/> 利用停止決定 <input type="checkbox"/> 不利用停止決定	(1) 利用停止決定等の日付、記号番号 (2) 利用停止決定等をした者 (3) 利用停止決定等の概要
3 審査請求	(1) 審査請求日 (2) 審査請求人 (3) 審査請求の趣旨
4 諮問の理由	
5 参加人等	
6 添付書類等	① 保有個人情報利用停止請求書（写し） ② 保有個人情報の利用停止をする旨の決定について（通知）（写し） 又は保有個人情報の利用停止をしない旨の決定について（通知）（写し） ③ 審査請求書（写し） ④ 理由説明書 ⑤ その他参考資料
7 諮問庁担当課、担当者名 電話、住所等	

<様式32> 諮問書（開示請求・訂正請求・利用停止請求に係る不作為）

文 書 番 号
年 月 日

情報公開・個人情報保護審査会 御中

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

諮 問 書

個人情報の保護に関する法律第76条の規定に基づく開示請求[個人情報の保護に関する法律第90条の規定に基づく訂正請求、個人情報の保護に関する法律第98条の規定に基づく利用停止請求]に係る不作為について、別紙のとおり、審査請求があったので、同法第105条第1項の規定に基づき諮問します。

<様式32> 諮問書（開示請求・訂正請求・利用停止請求に係る不作為）（別紙）

（別紙）

1 開示請求[訂正請求、利用停止請求]に係る保有個人情報等の名称等	
2 審査請求に係る開示請求[訂正請求、利用停止請求]	(1) 開示請求[訂正請求、利用停止請求]の日付、受付番号等 (2) 開示請求[訂正請求、利用停止請求]の宛先
3 補正に要した日数、開示決定等[訂正決定等、利用停止決定等]の期限	
4 審査請求	(1) 審査請求日 (2) 審査請求人 (3) 審査請求の趣旨
5 諮問の理由	
6 参加人等	
7 添付書類等	① 保有個人情報開示請求書[訂正請求書、利用停止請求書]（写し） ② 審査請求書（写し） ③ 理由説明書 ④ その他参考資料
8 諮問庁担当課、担当者名 電話番号、FAX番号、 メールアドレス、住所等	

<様式33> 諮問をした旨の通知書（審査請求人等）

情報公開・個人情報保護審査会への諮問について（通知）

文 書 番 号
年 月 日

（審査請求人等） 様

独立行政法人地域医療機能推進機構 印

年 月 日付けの独立行政法人地域医療機能推進機構に対する審査請求について、下記のとおり情報公開・個人情報保護審査会に諮問したので、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第105条第2項の規定により通知します。

記

審査請求に係る保有個人情報 の名称等	
審査請求	(1) 審査請求日 (2) 審査請求の趣旨
諮問日・諮問番号	年 月 日・ 諮問 号

<本件連絡先>

独立行政法人地域医療機能推進機構〇〇課
（担当者名）（内線： ）

電 話：

F A X：

e-mail：