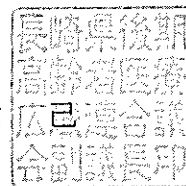


長崎県後期高齢者医療広域連合議会の個人情報保護に関する条例施行規程の一部を改正する規程をここに告示する。

令和6年11月15日

長崎県後期高齢者医療広域連合議会

副議長 村井 達



長崎県後期高齢者医療広域連合議会告示第1号

長崎県後期高齢者医療広域連合議会の個人情報保護に関する条例施行規程の一部を改正する規程

長崎県後期高齢者医療広域連合議会の個人情報保護に関する条例施行規程（令和5年長崎県後期高齢者医療広域連合議会告示第1号）の一部を次のように改正する。

第10条第1項第1号中「、健康保険の被保険者証」を削る。

様式第1号、様式第11号及び様式第17号を次のとおり改める。

様式第1号

開 示 請 求 書	
<p style="text-align: center;">広域連合議会議長</p>	<p>年 月 日</p>
<p>開示請求者 住所又は居所</p> <p>氏 名</p> <p>電話番号</p>	
<p>長崎県後期高齢者医療広域連合議会の個人情報の保護に関する条例第19条第1項の規定に基づき、次のとおり保有個人情報の開示を請求します。</p>	
開 示 を 請 求 する 保有個人情報	(保有個人情報を特定できるように具体的に記入してください。)
開 示 の 実 施 方 法 等	<p>1又は2に○印を付してください。1を選択した場合は、実施方法を記載してください。</p> <p>1 事務局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 () 【実施希望日】 年 月 日</p> <p>2 写しの送付を希望する。</p>
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
請 求 者 本 人 確 認 書 類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <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。
本 人 の 状 況 等	<p>(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。)</p> <p>1 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</p> <p>2 本人の氏名 _____</p> <p>3 本人の住所又は居所 _____</p>
法 定 代 理 人 が 請 求 する 場合	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 ()
任 意 代 理 人 が 請 求 する 場合	委任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 ()

訂 正 請 求 書

年 月 日	
広域連合議会議長 訂正請求者 住所又は居所 氏 名 電 話 番 号	
長崎県後期高齢者医療広域連合議会の個人情報の保護に関する条例第32条第1項の規定に基づき、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： _____ 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 _____
訂正請求の趣旨及び理由	(趣旨) (理由)
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
請 求 者 本 人 確 認 書 類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <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。
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。) 1 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 2 本人の ^{署名} 氏名 _____ 3 本人の住所又は居所 _____
法 定 代 理 人 が 請 求 する 場 合	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 (_____)
任 意 代 理 人 が 請 求 する 場 合	委任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 (_____)

利 用 停 止 請 求 書

年 月 日

広域連合議会議長

請求者 住所又は居所

氏 名

電 話 番 号

長崎県後期高齢者医療広域連合議会の個人情報の保護に関する条例第39条第1項の規定に基づき、次のとおり保有個人情報の利用停止を請求します。

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	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 _____
利用停止請求の趣旨及び理由	(趣旨) <input type="checkbox"/> 第1号相当 → <input type="checkbox"/> 利用停止、 <input type="checkbox"/> 消去 <input type="checkbox"/> 第2号相当 → 提供の停止 (理由)
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
請求者本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <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。
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。) 1 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 2 本人の氏名 _____ 3 本人の住所又は居所 _____
法定代理人が請求する場合	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(_____)
任意代理人が請求する場合	委任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(_____)

附 則

この規程は、令和6年12月2日から施行する。