

No. \_\_\_\_\_

株式会社健康保険医療情報総合研究所御中

## 個人情報に関する申請の委任状

年 月 日

御社に提出した自身の個人情報についての開示を請求するため、以下に記す代理人に申請を委任する。

委任する申請内容（該当項目を○で囲んでください）	
利用目的の通知 個人情報の開示 訂正、追加、削除 利用の停止、消去、第三者への提供の停止	
本人	氏名 <span style="float: right;">(印)</span>
	住所
	電話
	メールアドレス
代理人	氏名
	住所
	電話
	代理人と個人情報の本人の間柄
<本人確認書類> <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 運転免許証のコピー <input type="checkbox"/> 健康保険証のコピー <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カードのコピー <input type="checkbox"/> パスポートのコピー <input type="checkbox"/> 年金手帳のコピー <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書のコピー <input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書	

弊社使用欄 \_\_\_\_\_

受付：	受付者： 年 月 日
本人確認書類：	
申請書番号：	