

○北信保健衛生施設組合個人情報保護条例施行規則

(平成 14 年 3 月 28 日 規則第 2 号)

改正 平成 28 年 10 月 20 日 規則第 6 号

(趣旨)

第 1 条 この規則は、北信保健衛生施設組合個人情報保護条例（平成 14 年北信保健衛生施設組合条例第 2 号。以下「条例」という。）の規定に基づき、条例の施行に関し必要な事項を定めるものとする。

(個人情報取扱事務登録簿)

第 2 条 条例第 6 条第 1 項に規定する個人情報取扱事務登録簿は、北信保健衛生施設組合個人情報取扱事務登録簿（様式第 1 号）によるものとする。

(請求書)

第 3 条 条例第 15 条第 1 項に規定する請求書は、次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める書類によるものとする。

- (1) 開示の請求 北信保健衛生施設組合自己情報開示請求書（様式第 2 号）
- (2) 訂正の請求 北信保健衛生施設組合自己情報訂正請求書（様式第 3 号）

(本人確認に必要な書類等)

第 4 条 条例第 15 条第 2 項（条例第 21 条第 4 項において準用する場合を含む。）に規定する本人又は法定代理人若しくは任意代理人であることを明らかにする書類は、次の各号に掲げる書類のいずれかであつて開示又は訂正の請求をしようとする者（以下この条において「請求者」という。）の氏名が記載されているもの及び法定代理人が請求する場合にあつては、戸籍抄本その他法定代理人の資格を証明する書類とし、任意代理人が請求する場合にあつては、任意代理人であることを証明する書類とする。

- (1) 運転免許証、旅券、健康保険の被保険者証その他法令の規定に基づき交付された書類であつて当該請求者が記録情報の本人であること又は法定代理人若しくは任意代理人本人であることを確認するに足りるもの
- (2) 前号に掲げる書類をやむを得ない理由により提示することができない場合には、当該請求者が記録情報の本人であること又は法定代理人若しくは任意代理人本人であることを確認するため組合長が適当と認める書類

(決定通知)

第 5 条 条例第 16 条第 1 項の規定による通知は、次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める書類により行うものとする。

- (1) 開示の請求に係る決定 北信保健衛生施設組合自己情報開示請求に係る決定通知書（様式第 4 号）
- (2) 訂正の請求に係る決定 北信保健衛生施設組合自己情報訂正請求に係る決定通知書（様式第 5 号）

(決定期間の延長に係る通知)

第6条 条例第16条第3項の規定による通知は、北信保健衛生施設組合自己情報開示・訂正期間延長決定通知書（様式第6号）により行うものとする。

（開示の方法等）

第7条 条例第17条第1項の規定による記録情報の開示は、次の各号に定めるところにより行うものとする。

(1) 開示の日時及び場所は、組合長が指定するところによるものとする。

(2) 写しの交付部数は、請求1件につき1部とする。

2 組合長は、記録情報を閲覧する者が当該記録情報を汚損若しくは破損し、又はそのおそれのあるときは閲覧を中止させ、又は禁止することができる。

（訂正決定後の手続）

第8条 条例第17条第3項の規定による通知は、北信保健衛生施設組合記録情報訂正通知書（様式第7号）により行うものとする。

（是正の申出書）

第9条 条例第21条第3項に規定する申出書は、北信保健衛生施設組合自己情報取扱是正申出書（様式第8号）によるものとする。

（是正の申出に対する処理の通知）

第10条 条例第21条第5項の規定による通知は、北信保健衛生施設組合自己情報取扱是正申出処理通知書（様式第9号）により行うものとする。

（実施状況の公表）

第11条 条例第22条の規定による実施状況の公表は、開示請求、訂正請求及び取扱是正申出件数、これらに対する処理結果別の件数、審査請求の状況その他必要な事項について、広報紙に掲載して行うものとする。

（補則）

第12条 この規則に定めるもののほか必要な事項は、組合長が別に定める。

附 則

この規則は、平成14年4月1日から施行する。

附 則（平成28年10月20日規則第6号）

この規則は、公布の日から施行する。

様式第1号（第2条関係）

北信保健衛生施設組合個人情報取扱事務登録簿

		年 月 日		※登録番号													
保有部署名																	
事務の名称																	
事務の目的																	
個人情報記録の対象者																	
記 録 の 内 容	文書等の名称	基 本 的 事 項						思想信条			経 歴・						
		氏名・性別	住 所	電 話 番 号	生 年 月 日・年 齢	本 籍・国 籍	続 柄	婚 姻	思 想・宗 教	支 持 政 党	主 義・主 張	学 業・学 歴	職 業・職 歴	地 位			
		ア															
		イ															
		ウ															
		エ															
内 容	文書等の名称	成績等		資 産・収 入				心身の状況			そ の 他		記 録 の 形 態				
		資格・賞罰	成績・評価	資産状況	収入状況	納税状況	公的扶助	取引状況	健康状態	病 歴	障 害	家族状況	住居状況	そ の 他	文 書	磁気テープ	そ の 他
		ア															
		イ															
		ウ															
		エ															
事務開始年月日																	
収集の方法																	
目的外利用		根拠法令又は理由															
		利用部署名															
外部提供		根拠法令又は理由															
		提 供 先															

様式第2号（第3条関係）

北信保健衛生施設組合自己情報開示請求書

年 月 日

北信保健衛生施設組合長 殿

住 所
請求者 氏 名
電話番号

次のとおり記録情報の開示を請求します。

請求に係る 記録情報の内容	
請求者の区分	(1) 本人 (2) 法定代理人 (3) 任意代理人
記録情報の本人 の住所氏名	(請求者が本人以外の場合に記入してください。)
請求の区分	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 (<input type="checkbox"/> 郵送希望)
備 考	

注 1 請求をする際には、本人であることを確認するために必要な書類の提出又は提示が必要です。

2 法定代理人又は任意代理人が請求する場合は、1の書類のほかに法定代理人又は任意代理人であることを明らかにする書類を提出又は提示する必要があります。

様式第3号（第3条関係）

北信保健衛生施設組合自己情報訂正請求書

年 月 日

北信保健衛生施設組合長 殿

住 所
請求者 氏 名
電話番号

次のとおり記録情報の訂正を請求します。

訂正を請求する 箇所及び内容	
訂正の理由	
請求者の区分	(1) 本人 (2) 法定代理人 (3) 任意代理人
自己情報の本人 の住所氏名	(請求者が本人以外の場合に記入してください。)
備 考	

- 注 1 請求をする際には、本人であることを確認するために必要な書類の提出又は提示が必要です。
- 2 法定代理人又は任意代理人が請求する場合は、1の書類のほかに法定代理人又は任意代理人であることを明らかにする書類を提出又は提示する必要があります。
- 3 訂正の請求をする場合は、訂正すべき事実を証する書類を添付してください。

様式第4号（第5条関係）

北信保健衛生施設組合自己情報開示請求に係
る決定通知書

第 号
年 月 日

殿

北信保健衛生施設組合長

㊟

年 月 日付けで開示請求のありました記録情報について、次のとおり決定しましたので通知します。

請求に係る 記録情報の内容	
請求の区分	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付（ <input type="checkbox"/> 郵送希望）
決定区分	(1) 開示 (2) 部分開示 (3) 非開示
開示する日時	年 月 日 午前 午後 時 分
開示する場所	
開示できない部分	
開示できない理由 (部分開示を含む)	条例第 条第 項第 号に該当 (理由)
上記理由が解除 となる時期	年 月 日以後であれば、請求のあった記録情報 を開示することができますので、同日以後に改めて請求して ください。
担当部署名	電話番号
この決定について不服がある場合は、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月以内に、組合長に対して審査請求をすることができます。	

注 記録情報の閲覧又は写しの交付の際には、この通知書を提示してください。

様式第5号（第5条関係）

北信保健衛生施設組合自己情報訂正請求に係
る決定通知書

第 号
年 月 日

殿

北信保健衛生施設組合長

㊟

年 月 日付けで訂正請求のありました記録情報について、次のとおり決定しましたので通知します。

訂正を請求された箇所	
決定の内容	
決定の理由	
訂正をする場合の 実施（予定） 年 月 日	年 月 日 実施（予定）
担当部署名	電話番号
この決定について不服がある場合は、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月以内に、組合長に対して審査請求をすることができます。	

様式第6号（第6条関係）

北信保健衛生施設組合自己情報開示・訂正期間延長決定通知書

第 号
年 月 日

殿

北信保健衛生施設組合長

印

年 月 日付けで請求のありました記録情報の開示・訂正については、次の理由により期間内に決定することができませんので通知します。

請求の区分	(1) 開示 (2) 訂正
請求に係る記録情報の内容又は訂正を請求する箇所	
決定期間延長の理由	
決定することができる期日	年 月 日
担当部署名	電話番号

様式第7号（第8条関係）

北信保健衛生施設組合記録情報訂正通知書

第 号
年 月 日

殿

北信保健衛生施設組合長

㊟

次のとおり記録情報の訂正を決定しましたので、当該記録情報の訂正をされるよう通知します。

記録情報の内容	
記録情報の訂正の内容	
訂正の理由	
訂正決定年月日	
担当部署名	電話番号
備考	

様式第8号（第9条関係）

北信保健衛生施設組合自己情報取扱是正申出書

年 月 日

北信保健衛生施設組合長

殿

住 所
申出者 氏 名
電話番号

次のとおり記録情報の是正をしてください。

是正の申出をする 箇所及び内容	
是正の申出をする 理 由	
申出者の区分	(1) 本人 (2) 法定代理人 (3) 任意代理人
記録情報本人 の住所氏名	(申出者が本人以外の場合に記入してください。)
備 考	

- 注 1 申出をする際には、本人であることを確認するために必要な書類の提出又は提示が必要です。
- 2 法定代理人又は任意代理人が申出する場合は、1の書類のほかに法定代理人又は任意代理人であることを明らかにする書類を提出又は提示する必要があります。

様式第9号（第10条関係）

北信保健衛生施設組合自己情報取扱是正申出
処理通知書

第 号
年 月 日

殿

北信保健衛生施設組合長

㊟

年 月 日付けで是正の申出のありました記録情報について、調査の結果及び理由は次のとおりです。

是正の申出をされた箇所及び内容	
調査の結果	
理由	
是正をする場合の実施（予定）年	年 月 日 実施（予定）
担当部署名	電話番号
備考	