

개인정보(☐ 열람 ☐ 정정·삭제 ☐ 처리정지) 요구서

※ 아래 작성방법을 읽고 굵은 선 안쪽의 사항만 적어 주시기 바랍니다.

접수번호	접수일	처리기간 10일 이내
정보주체	성 명	전 화 번 호
	생년월일	
	주 소	
대리인	성 명	전 화 번 호
	생년월일	정보주체와의 관계
	주 소	
요구내용	☐ 열람	☐ 개인정보의 항목 및 내용 ☐ 개인정보 수집·이용의 목적 ☐ 개인정보 보유 및 이용 기간 ☐ 개인정보의 제3자 제공 현황 ☐ 개인정보 처리에 동의한 사실 및 내용
	☐ 정정·삭제	※ 정정·삭제하려는 개인정보의 항목과 그 사유를 적습니다.
	☐ 처리정지	※ 개인정보의 처리정지를 원하는 대상·내용 및 그 사유를 적습니다.

「개인정보 보호법」 제35조제1항·제2항, 제36조제1항 또는 제37조제1항과 같은 법 시행령 제41조 제1항, 제43조제1항 또는 제44조제1항에 따라 위와 같이 요구합니다.

년 월 일

요구인

(서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

작성 방법

- ‘대리인’란은 대리인이 요구인일 때에만 적습니다.
- 개인정보의 열람을 요구하려는 경우에는 ‘열람’ 란에 ☒ 표시를 하고 열람하려는 사항을 선택하여 ☒ 표시를 합니다. 표시를 하지 않은 경우에는 해당 항목의 열람을 요구하지 않은 것으로 처리됩니다.
- 개인정보의 정정·삭제를 요구하려는 경우에는 ‘정정·삭제’ 란에 ☒ 표시를 하고 정정하거나 삭제하려는 개인정보의 항목과 그 사유를 적습니다.
- 개인정보의 처리정지를 요구하려는 경우에는 ‘처리정지’ 란에 ☒ 표시를 하고 처리정지 요구의 대상·내용 및 그 사유를 적습니다.