

厚生労働大臣 殿

会社名
代表者名

印

個人情報漏えい等報告書

下記のとおり報告します。

新規・続報(前回報告: 年 月 日)

事故発生事業所の 名 称		事故者の所属、役職、 氏 名 及 び 年 齢	
発 生 年 月 日		発 覚 年 月 日	
漏 え い 等 し た 情 報 の 内 容	[媒体(数)] [項目] 1. 基本情報(<input type="checkbox"/> ①氏名、 <input type="checkbox"/> ②生年月日、 <input type="checkbox"/> ③性別、 <input type="checkbox"/> ④住所)、 2. 付加的情報(<input type="checkbox"/> ⑤電話番号、 <input type="checkbox"/> ⑥メールアドレス、 <input type="checkbox"/> ⑦家族に関する情報、 <input type="checkbox"/> ⑧健康に関する情報、 <input type="checkbox"/> ⑨収入・資産・債務情報、 <input type="checkbox"/> ⑩口座番号、 <input type="checkbox"/> ⑪クレジットカード番号、 <input type="checkbox"/> ⑫その他()) [件数] 人分 (a.顧客情報 人分、b.従業者情報 人分、c.その他の個人情報 人分)		
安 全 管 理 措 置	<input type="checkbox"/> a.暗号化 <input type="checkbox"/> b.割符 <input type="checkbox"/> c.匿名化 <input type="checkbox"/> d.パスワード保護 <input type="checkbox"/> e.措置なし <input type="checkbox"/> f.不明 <input type="checkbox"/> g.その他の措置(詳細に記述:)		
漏 え い 先			
発 生 時 の 状 況	<input type="checkbox"/> 配送等の誤配 <input type="checkbox"/> FAX誤送信 <input type="checkbox"/> メール誤送信 <input type="checkbox"/> 第三者への誤手交 <input type="checkbox"/> 口頭漏えい <input type="checkbox"/> 誤廃棄 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他() []		
発 覚 に 至 る 経 緯			
(事故対象となった個人 情報の)本人等への 通知等の状況	本人への連絡: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 その他の対応: <input type="checkbox"/> a.関係者の処分、 <input type="checkbox"/> b.カード(銀行、クレジット等)の差し替え、 <input type="checkbox"/> c.専用窓口の設置、 <input type="checkbox"/> d.商品券等の配布、 <input type="checkbox"/> e.詫び状の送付(郵送)、 <input type="checkbox"/> f.警察への届出(○月○日)、 <input type="checkbox"/> g.その他()		
公 表 の 有 無		(公 表 年 月 日)	
公 表 内 容 及 び 公 表 方 法 (公表していない場合 にはその理由)			
2 次 被 害	<input type="checkbox"/> 有(詳細:) <input type="checkbox"/> 無(<input type="checkbox"/> 発見・回収、 <input type="checkbox"/> 破棄、 <input type="checkbox"/> その他()) <input type="checkbox"/> 不明(理由:)		

発生原因分析・問題認識等 (社内ルール等の遵守状況についても記載)	
再発防止策等	<input type="checkbox"/> a.組織的・人的安全管理措置 <input type="checkbox"/> b.物理的・技術的安全管理措置
備考	