

保有個人データの開示等に関する請求書

請 求 日	平成 年 月 日	
フリガナ 請求者氏名	印	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 <small>*いずれかにチェックを入れる</small>
請求者の住所	〒 _____	
開示等しようとする 本人の氏名 <small>*いずれかにチェックを入れる</small>	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> その他 (氏名: _____)	
請求の種類 <small>*いずれかにチェックを入れる</small>	<input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 訂正等(訂正・追加・削除) <input type="checkbox"/> 利用停止等(利用停止・消去) <input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <small>*「開示」及び「利用目的の通知」に際しては所定の手数料をいただきます。</small>	
保有個人データを特定 するに足りる事項 <small>例:当社から送付されたアンケート、イベントの案内状など</small>		
請求者が本人である場合、 本人を確認できる書類	<input type="checkbox"/> 住民票の写し ----- 上記のほか、以下のいずれか1点を添付 <input type="checkbox"/> 顔写真付き身分証明書のコピー (運転免許証、住民基本台帳カード、パスポート、学生証、社員証等) <input type="checkbox"/> 各種健康保険の被保険者証のコピー <input type="checkbox"/> 介護保険の被保険者のコピー	
請求者が代理人の場合、 代理人を確認できる書類	(1) 未成年者の法定代理人の場合、以下2点 <input type="checkbox"/> 未成年者本人の法定代理権者があることを確認できる書類(戸籍抄本) <input type="checkbox"/> 未成年者の法定代理人本人であることを確認できる書類 ①住民票の写し ②運転免許証、住民基本台帳カード、パスポート、学生証、社員証、各種健康保険の被保険者証、介護保険の被保険者のコピーのうちいずれか1点 ----- (2) 成年後見人の法定代理人の場合、以下2点 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 *後見登記等に関する法律第10条に規定 <input type="checkbox"/> 成年被後見人の法定代理人本人であることを確認できる書類 ①住民票の写し ②運転免許証、住民基本台帳カード、パスポート、学生証、社員証、各種健康保険の被保険者証、介護保険の被保険者のコピーのうちいずれか1点	
当 社 記 入 欄		

*本人確認書類は、確認後にご回答と共に返却いたします。