

個人情報開示等請求書

| |
|---|
| 個人情報お問い合わせ窓口 〒101-0053 東京都千代田区神田美土代町11-12ニチヨビル6F 本部 個人情報問い合わせ窓口 |
|---|

A. 開示の対象となる方を特定する情報(特定に必要な情報ですので全てご記入下さい。)

| | | | |
|------------------------|--|------|-------|
| (ふりがな) 氏名 | 〒 | 生年月日 | 年 月 日 |
| 住所 | Tel () - <small>※日中ご連絡の取れる電話番号をご記入下さい。</small> | | |
| 添付書類 (いずれかを添付願います。) | <input type="checkbox"/> 運転免許証 (本籍地はマスキング) のコピー <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証のコピー <input type="checkbox"/> パスポートのコピー <input type="checkbox"/> 住民票の写し | | |

B. 代理人の方の情報(代理人による請求の場合、代理人の方の情報をご記入ください。)

| | | |
|---------------|--|--|
| 代理人の方の情報 | 氏名 | |
| | 住所 | |
| | 電話番号 | <small>※日中ご連絡の取れる電話番号をご記入下さい。</small> |
| 開示の対象となる人との関係 | <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> その他 () <small>※弁護士の場合は登録番号もご記入下さい。</small> | |
| 添付資料 | 代理人の身分確認書類 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 (本籍地はマスキング) のコピー <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証のコピー <input type="checkbox"/> パスポートのコピー <input type="checkbox"/> 住民票の写し <small>※いずれかを添付願います。</small> |
| | 代理関係確認書類 | <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 (未成年者の場合) <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 (成年被後見人の場合) <input type="checkbox"/> 委任状 (開示対象となる人の実印) <input type="checkbox"/> 開示対象となる人の印鑑証明 |

C. ご請求内容

| | |
|----------------|---|
| 請求区分 | <input type="checkbox"/> ①個人情報の利用目的の通知 <input type="checkbox"/> ②個人情報の内容の開示 <input type="checkbox"/> ③個人情報の訂正・追加 <input type="checkbox"/> ④個人情報の削除・利用停止 <input type="checkbox"/> ⑤第三者への提供停止 |
| 開示等を請求する保有個人情報 | |
| 請求内容 | |