

# 保有個人データ開示等請求書

年 月 日

御社に対し、個人情報の開示等請求を行います。

請求者 ○で囲む	・本人 ・本人が委任した代理人 ・法定代理人（親権者の代理人、成年後見人、未成年後見人） ※代理人の場合は下記の本人欄に加え、代理人欄にもご記入ください。	
本人	〒 住所  フリガナ 氏名 連絡先電話番号	
代理人	〒 住所  フリガナ 氏名 連絡先電話番号	
請求項目	項番	請求項目（該当する請求項目の項番を○印で囲んでください）
	1	個人情報の利用目的の通知
	2	個人情報の開示
	3	個人情報の内容の訂正
	4	個人情報の追加
	5	個人情報の削除
	6	個人情報の利用の停止
	7	個人情報の消去
請求内容	8	個人情報の第三者への提供の停止
	3～8の場合、請求の詳細を以下に記載してください。	

### 【必要書類】

#### a) 本人の場合

- ・対象者本人の、本人確認書類（※1 参照）

#### b) 本人が委任した代理人の場合

- ・対象者本人の、本人確認書類（※1 参照）
- ・代理人の本人確認書類（※1 参照）
- ・（対象者本人からの）委任状

#### c) 親権者の代理人の場合

- ・対象者本人の、本人確認書類（※1 参照）
- ・代理人の本人確認書類（※1 参照）
- ・本人との続柄を証明する書類  
（戸籍謄本、住民票謄本、在留カード）

#### d) 成年後見人または未成年後見人の場合

- ・対象者本人の、本人確認書類（※1 参照）
- ・代理人の本人確認書類（※1 参照）
- ・代理人であることを証明する書類（登記事項証明書）

### ※1 対象者本人の、本人確認書類および代理人の本人確認書類

以下のいずれかを提出してください。

『運転免許証・パスポート・在留カード 等の写真付きの公的証明書のいずれかのコピー 1 点』  
または、『健康保険の被保険者証・年金手帳・住民票 等の写真付きでない公的証明書のいずれかのコピー 2 点』

- ・本籍地などの要配慮情報は提出時にマスキングを依頼する事。
- ・電話による場合は、本人を判別できる一定の登録情報（氏名・生年月日、または ID・パスワード等）の確認後、窓口責任者がコールバックを行う。

### 【権利行使への対応期間と費用】

- 保有個人データの利用目的の通知及び開示の請求の場合は、1 回につき無料で申し受けるものとします。その場合は無料の定額小為替を提出書類に同封してください。
- 保有個人データの内容の訂正、追加または削除、利用の停止、削除及び第三者への提供の停止に関しては、手数料を徴収しないこととします。
- 当社への郵送料および為替発行料金はお客様のご負担とします。
- 手数料が不足していた場合及び手数料が同封されていなかった場合は、その旨を請求者に連絡します。所定の期間内にお支払いがない場合、開示等請求がなかったものとして対応致します。

当社記入欄

受付担当者	受 付      :      年      月      日      受 付 者      :
請求者 ○で囲む	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人      ・ 本人が委任した代理人</li> <li>・ 法定代理人（親権者の代理人、成年後見人、未成年後見人）</li> <li>・ 電話での対応</li> </ul>
本人 の場合	<p>「対象者本人の、本人確認書類」</p> <p><input type="checkbox"/> 運転免許証      <input type="checkbox"/> パスポート      <input type="checkbox"/> 在留カード</p> <p><input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証      <input type="checkbox"/> 年金手帳      <input type="checkbox"/> 住民票      <input type="checkbox"/> その他</p> <p>(      )</p>
本人が 委任した 代理人 の場合	<p>「対象者本人の本人確認書類」</p> <p><input type="checkbox"/> 運転免許証      <input type="checkbox"/> パスポート      <input type="checkbox"/> 在留カード</p> <p><input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証      <input type="checkbox"/> 年金手帳      <input type="checkbox"/> 住民票      <input type="checkbox"/> その他</p> <p>(      )</p>
	<p>「代理人の本人確認書類」</p> <p><input type="checkbox"/> 運転免許証      <input type="checkbox"/> パスポート      <input type="checkbox"/> 在留カード</p> <p><input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証      <input type="checkbox"/> 年金手帳      <input type="checkbox"/> 住民票      <input type="checkbox"/> その他</p> <p>(      )</p>
	<p><input type="checkbox"/> (対象者本人からの)委任状</p>
親権者の 代理人 の場合	<p>「対象者本人の本人確認書類」</p> <p><input type="checkbox"/> 運転免許証      <input type="checkbox"/> パスポート      <input type="checkbox"/> 在留カード</p> <p><input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証      <input type="checkbox"/> 年金手帳      <input type="checkbox"/> 住民票      <input type="checkbox"/> その他</p> <p>(      )</p>
	<p>「代理人の本人確認書類」</p> <p><input type="checkbox"/> 運転免許証      <input type="checkbox"/> パスポート      <input type="checkbox"/> 在留カード</p> <p><input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証      <input type="checkbox"/> 年金手帳      <input type="checkbox"/> 住民票      <input type="checkbox"/> その他</p> <p>(      )</p>
	<p>「本人との続柄を証明する書類」</p> <p><input type="checkbox"/> 戸籍謄本      <input type="checkbox"/> 住民票の謄本      <input type="checkbox"/> 在留カード</p>
成年後見人 または 未成年後人 の場合	<p>「対象者本人の、本人確認書類」</p> <p><input type="checkbox"/> 運転免許証      <input type="checkbox"/> パスポート      <input type="checkbox"/> 在留カード</p> <p><input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証      <input type="checkbox"/> 年金手帳      <input type="checkbox"/> 住民票      <input type="checkbox"/> その他</p> <p>(      )</p>
	<p>「代理人の本人確認書類」</p> <p><input type="checkbox"/> 運転免許証      <input type="checkbox"/> パスポート      <input type="checkbox"/> 在留カード</p> <p><input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証      <input type="checkbox"/> 年金手帳      <input type="checkbox"/> 住民票      <input type="checkbox"/> その他</p> <p>(      )</p>
	<p>「代理人であることを証明する書類」</p> <p><input type="checkbox"/> 登記事項証明書</p>

電話	本人を判別できる一定の登録情報（氏名・生年月日または、ID・パスワード等）を記載してください
個人情報保護 管理者判断	<input type="checkbox"/> 開示対象 <input type="checkbox"/> 非開示対象
判断理由	
本人への 回答内容	
個人情報保護 管理者承認	承認日：      年      月      日 <input type="checkbox"/> 上記のとおり承認します