

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個人情報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】

- a) 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、手数料については、これを徴収しないものとする
- b) 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。
- c) 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。また、返送の際に書留郵便をご希望の方は通常の切手代に加えて 310 円分の切手を添付願います。

当社記入欄

受付担当者	受 付 : 年 月 日 受付者 :
請求者 ○で囲む	・ 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） ・ 電話での対応
本人 の場合	「対象者本人の、本人確認書類」 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <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 ()
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」 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <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 ()
	「代理人の本人確認書類」 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <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 ()
	<input type="checkbox"/> (対象者本人からの) 委任状
親権者の 代理人 の場合	「対象者本人の本人確認書類」 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <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 ()
	「代理人の本人確認書類」 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <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 ()
	「本人との続柄を証明する書類」 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 住民票の謄本 <input type="checkbox"/> 在留カード
成年後見人 または 未成年後人 の場合	「対象者本人の、本人確認書類」 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <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 ()
	「代理人の本人確認書類」 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <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 ()
	「代理人であることを証明する書類」 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書

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