

開 示 等 請 求 書

1. 本人（開示の対象者）に関する事項

氏 名	フリガナ _____ _____	生年月日	西暦	年 月 日
住 所	(〒 _____) ※都道府県名からご記入ください。アパート名、部屋番号まで正確にご記入ください。			
電話番号	(_____) _____	自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先		
※前住所、旧姓がある場合はご記入ください。				
本人の 確認書類	1. 運転免許証または運転経歴証明書 2. 旅券（パスポート） 3. 在留カードまたは特別永住者証明書 4. 個人番号カード（表面のみ） 5. 住民基本台帳カード（写真付） 6. 健康保険証（※） 7. 年金手帳 8. 福祉手帳 9. 住民票の写し 10. 戸籍謄抄本 11. 印鑑登録証明書			

※各種健康保険証（介護保険証を除く）に記載された被保険者等記号・番号および保険者番号は黒塗り
するなどして見えないようにしたうえでご提出ください。

2. 代理人に関する事項 ※請求される方が代理人の場合にご記入ください

氏 名	フリガナ _____ _____	生年月日	西暦	年 月 日
住 所	(〒 _____) ※都道府県名からご記入ください。アパート名、部屋番号まで正確にご記入ください。			
電話番号	(_____) _____	自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先		
代理人の 確認書類	1. 運転免許証または運転経歴証明書 2. 旅券（パスポート） 3. 在留カードまたは特別永住者証明書 4. 個人番号カード（表面のみ） 5. 住民基本台帳カード（写真付） 6. 健康保険証（※） 7. 年金手帳 8. 福祉手帳 9. 住民票の写し 10. 戸籍謄抄本 11. 印鑑登録証明書			

※各種健康保険証（介護保険証除く）に記載された被保険者等記号・番号および保険者番号は黒塗りするな
どして見えないようにしたうえでご提出ください。

ご本人と の関係	<input type="checkbox"/> 法定代理人 （ 親権者 その他の法定代理人： _____ ） <input type="checkbox"/> 任意代理人 <input type="checkbox"/> 相続人
-------------	---

開示方法	<input type="checkbox"/> 書面郵送（434円分の切手を頂戴いたします） <input type="checkbox"/> eメール（メールアドレス記入 _____ @ _____ ） ※eメールの場合、手数料は無料です。 ※メールアドレスは間違えないように丁寧に記載してください。開示のためのメールを送る前に、 テストメールを送ります。 ※eメールによる開示の場合のファイル形式はPDF形式とします。
------	---

3. 個人情報を特定するための事項

※該当する番号に○をつけてください。具体的なサービスの名称、ご購入した商品名などが分かりましたらご記入ください。

番号	項目	具体的なサービスの名称、ご購入した商品名など
1	生命保険・損害保険などのご契約	
2	その他（ ）	

4. 開示等申請事項

(1) 開示

※該当する番号に○をつけてください。内容をできる限り具体的にご記入ください。

番号	項目	具体的な内容
1	ご本人の個人情報 (氏名・生年月日・住所・電話番号等)	
2	契約内容に関する情報 (契約年月日・契約の種類等)	
3	利用状況	
4	その他（ ）	

(2) 個人情報の訂正・追加・削除

※該当する事項に○をつけてください。内容をできる限り具体的にご記入ください。

事項	ご本人の個人情報などに関する項目	具体的な内容
訂正		
追加		
削除		

(3) 個人情報の利用（第三者提供を含む）の停止・消去

※該当する事項に○をつけてください。内容をできる限り具体的にご記入ください。

事項	ご本人の個人情報などに関する項目	請求する理由
停止		
消去		