

個人情報開示等請求書

請求日： 20 年 月 日

健康コーポレーション株式会社 御中

個人情報保護法に基づき、次のとおり請求します。

開示対象者	住所	〒	
	フリガナ		電話番号
	氏名	印	() —

請求者 (請求をされる方)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 任意代理人(対象者との続柄:)		
	住所	〒	
	フリガナ		電話番号
	氏名	印	() —

ご請求の内容	<input type="checkbox"/> 個人情報の開示 <input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 訂正		
	<input type="checkbox"/> 利用停止 <input type="checkbox"/> 個人情報の消去 <input type="checkbox"/> 第三者提供の停止		
	ご提供時の状況(個人情報の当社へのご提供時期、ご提供方法など)		
	訂正の場合	訂正項目	
		訂正前	
		訂正後	

(注意事項)

- 太枠内をもれなくご記入ください。□の欄には✓印をご記入ください。
- ご請求に際しては、本人確認書類の提出が必要です。(下記のいずれか1点)
 - ・運転免許証の写し
 - ・公的年金手帳の写し
 - ・パスポートの写し
 - ・戸籍謄本(抄本) ※発行日より3ヶ月以内の原本
 - ・各種健康保険証の写し
 - ・住民票 ※発行日より3ヶ月以内の原本
- 代理人によるご請求の場合は、代理人ご本人の本人確認書類に加え、代理権を確認できる書類の提出が必要です。(委任状、戸籍謄本または後見人・保佐人であることを確認できる書類)
- この請求書に記載された個人情報は、ご請求へ対応する目的で利用いたします。

弊社使用欄

受付日	担当者	責任者	回答日