

個人情報開示・訂正・利用停止等申出書

一般社団法人生命保険協会
個人情報照会窓口 行

申 出 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申出人氏名 _____

| | | | | |
|--------------------------------|--|--|---------------|--|
| 本人 | 氏名 | (フリガナ) | | |
| | 住所 (郵送先) | 〒 | 電話番号 (連絡先) | |
| | E-mail | * 下記「請求開示方法」欄にて、「電磁的の提供による方法」を選択される場合には記載ください。 | | |
| 代理人 | 氏名 | (フリガナ) | | |
| | 住所 (郵送先) | 〒 | 電話番号 (連絡先) | |
| | E-mail | * 下記「請求開示方法」欄にて、「電磁的の提供による方法」を選択される場合には記載ください。 | | |
| 要求事項 * 該当する項目に ○印をつける。 | 利用目的の通知・開示・訂正・削除・追加・利用停止・消去 ・第三者への提供の停止・第三者提供記録の開示 | | | |
| 請求開示方法 * 希望する項目に○ 印をつける。 | 電磁的記録の提供による方法 書面の交付による方法 (※) 電磁的記録の提供による方法の場合、ファイル形式はPDFとなります。 また、開示はメールにより行います。 なお、いずれにも○印がなかった場合は、書面の交付による方法にて開示いたします。 | | | |
| 要求内容 | | | | |

* 本申出書に以下書類を同封ください。

- ・「本人確認のための証明書(注1)」
- ・「返信用切手(書面の交付による開示を請求する場合)」

(注1)「本人確認のための証明書」

○本人の場合:(運転免許証)(パスポート)(健康保険証(注2)+住民票)

○代理人の場合:(上記のいずれか)+(委任状)+(印鑑証明書)

(注2)健康保険証を提出される場合は、保険者番号及び被保険者記号・番号を判読できないようマスキング(黒く塗りつぶし)してください。

以 上