

## 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)(健康保険の資格確認書(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)健康保険証は令和7年(2025年)12月1日まで有効な本人確認書類として取り扱います。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