

〒112-0006
 東京都文京区小日向 4-2-8
 大樹生命文京小日向ビル 5F
 三生保険サービス株式会社
 個人情報問合せ窓口 宛

個人情報開示等請求書

保有個人データの利用目的の通知、開示、内容の訂正、追加又は削除、利用の停止、消去及び第三者への提供の停止、第三者提供の記録の請求をします。

●個人情報を登録(資料請求、申込、契約、取引など)された時の状況をお教えてください。

時期	年	月	日頃	※お分かりになる範囲で結構です。	

●開示(利用目的の通知を含む)の場合、そのご請求内容をご記入ください。

--

●訂正(追加・削除を含む)の場合、必要事項を記入してください。

訂正の内容	訂正前	⇒	訂正後

●利用の停止、消去又は第三者への提供の停止の場合、下記より選択してください。

<input type="checkbox"/> 利用の停止	<input type="checkbox"/> 情報の消去	<input type="checkbox"/> 第三者への提供の停止
理由	(差支えなければ、上記を希望する理由をお書きください。)	

●第三者提供の記録の開示の場合、そのご請求内容をご記入ください。

--

●請求者情報 ※記載していただく個人情報は、本請求に関わる本人確認のみに利用いたします。

ご本人様	ふりがな	
	氏名	
	住所	
	電話番号	
代理人様	ふりがな	
	氏名	
	住所	
	本人との関係	<input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 委任による代理人
	委任状	<input type="checkbox"/> ご本人様自署の委任状 および 印鑑登録証明書 <input type="checkbox"/> 親権者などの法定代理人の場合は、本人との関係がわかる書類() ※上記のうちひとつ
本人確認資料	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 健康保険証 ※上記のうちひとつ ※コピーは本籍地を塗りつぶしたものををご用意下さい。	

●回答方法を下記より選択してください。ご選択がない場合、書面によって回答させていただきます。

<input type="checkbox"/> メール	<input type="checkbox"/> FAX	<input type="checkbox"/> 郵送
mail :	番号 :	
<input type="checkbox"/> クラウドストレージ(ご本人様指定のもの)	<input type="checkbox"/> クラウドストレージ(当社指定のもの)	<input type="checkbox"/> 記憶媒体
※URL、認証情報など、メールにてご指定ください。		※URL、認証情報など、メールにてご案内致します。

●手数料について

500 円(税込)の銀行振込となります。 ※利用目的の通知および開示に関わる場合のみ