

個人情報開示請求書

下記の通り、貴社が保有する私の個人情報の開示を請求致します。

年 月 日

請求者本人の氏名・電話番号		(TEL: - -)
請求者本人の住所		(〒 -)
代理人の氏名・電話番号 ※代理請求の場合		(TEL: - -)
代理人の住所 ※代理請求の場合		(〒 -)
開示を請求する情報の 内容・範囲		
開示請求を行う理由		
請求者本人	本人確認書類 (写真付の場合は 右の中から1種類)	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード (表面) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書
	本人確認書類 (写真無の場合は右の (a)から1種類+(b)が必要)	(a) <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 の被保険者証 (b) <input type="checkbox"/> 住民票
(代理請求の場合は、請求者本人の本人確認書類の他に、代理人の本人確認書類と代理権を証する書類の添付が必要になります。)		
代理人	本人確認書類 (写真付の場合は 右の中から1種類)	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード (表面) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書
	本人確認書類 (写真無の場合は右の (a)から1種類+(b)が必要)	(a) <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 の被保険者証 (b) <input type="checkbox"/> 住民票
代理権を証する書類	(任意代理の場合) 委任状 (必須)	(法定代理の場合) <input type="checkbox"/> 戸籍 (謄本・抄本) <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 成年後見登記事項証明書
開示情報の内容証明付き書類 の必要部数	[] 部	
開示手続きに係る費用	1,600円 (内訳: 手数料1,000円、郵送料600円) ※1,600円分の 定額小為替 を本請求書に同封してください。	
訂正請求の棄却について	下記の理由で、開示請求をお断りする場合がございますので予めご了承下さい。 ・開示の請求者が本人であることを確認できない場合 ・代理人が開示請求者本人から正当に授權された者であることを確認できない場合 ・請求書の記載内容に虚偽又は欠落がある場合 ・開示請求を受けたデータが保有期限を過ぎて検索ができない場合 ・コンピュータにより処理される以前のデータで検索不能の場合 ・情報開示に伴い弊社の企業秘密を侵害する恐れがある場合 ・請求手数料の支払いが完了していない場合	
(弊社記入欄)		