

開示等請求書

ご請求日:西暦 年 月 日

下記の必要事項をご記入いただき、必要な本人確認書類等を添付のうえ、弊社の窓口にご郵送ください。(郵送料は請求者の負担となります。) 太枠内は、必須記載事項となりますので、ご記入漏れのないようご注意ください。

請求窓口

〒135-8527

東京都江東区辰巳 3-9-27

株式会社 OCS 業務企画部 個人情報取扱い担当 行

請求の対象となる方を特定する為の情報

(他の方の個人情報を誤って開示・削除するおそれがありますので、太枠内は全てご記入ください。)

ふりがな		生年月日	西暦	年	月	日
氏名						
住所	〒	—				
電話番号(自宅)	—	—	※ご本人確認のためお電話をする場合があります。 日中ご連絡できる電話番号をご記入ください。			
携帯電話番号	—	—				
本人確認方法	※下記の書類の中で2種類の書類のコピーを同封してください。 1.運転免許証 2.パスポート 3.健康保険の被保険者証(保険者番号および被保険者等の記号・番号はマスクする) 4.顔写真付き住民基本台帳カード 5.年金手帳 6.身体障害者手帳 7.在留カードまたは特別永住者証明書 8.印鑑登録証明書 9.個人番号カード(表面のみ)					

請求者の情報

(代理人を通じて請求する場合のみご記入ください。)

ふりがな		生年月日	西暦	年	月	日
氏名						
住所	〒	—				
電話番号(自宅)	—	—	※ご本人確認のためお電話をする場合があります。 日中ご連絡できる電話番号をご記入ください。			
携帯電話番号	—	—				

提出が必要な書類

対象となる方との関係	対象となる方との関係を証明する書類	開示請求者の確認書類
1.親権者	戸籍謄本	※下記の書類の中で2種類の書類のコピーを同封してください。 1.運転免許証 2.パスポート 3.健康保険の被保険者証(保険者番号および被保険者等の記号・番号はマスクする) 4.顔写真付き住民基本台帳カード 5.年金手帳 6.身体障害者手帳 7.在留カードまたは特別永住者証明書 8.印鑑登録証明書 9.個人番号カード(表面のみ)
2.成年被後見人	成年後見登録事項証明書	
3.代理人()	代理人であることがわかる委任状	

ご請求内容

ご希望の対応の種類の番号に○印をつけ、詳細をご記入ください。

ご請求の種類	詳細
1. 情報の開示（第三者提供記録を含む） 2. 情報の訂正 3. 情報の削除 4. 情報の追加 5. 情報の利用停止 6. 情報の消去 7. 利用目的の通知 8. 同意の撤回 9. 情報の受け取り 10. 情報の受け渡し 11. 異議申し立て 12. 個人情報保護措置に関する情報提供	
開示形式	
電子ファイル形式で開示をご希望の場合は、下記にチェックのうえ、ファイル送信先のメールアドレスをご記入ください。	
<input type="checkbox"/> 電子ファイル形式での開示を希望します。（送信先メールアドレス _____ ）	

※情報の利用停止や消去により、不本意ながらご要望に沿ったサービスの提供ができなくなることがございます。
予めご了承の上 ご請求ください。

本請求書の取扱い

取得した書類については、必要な範囲でのみで取扱うものとします。
また提出いただいた書類は、開示等の求めに対する回答が終了した後、1か月間保管したうえで破棄させていただきます。

依頼に対応できない場合は、その旨、理由を通知いたします。

- ・申請内容に不備があった場合
- ・確認事項が確認できない場合
- ・依頼の項目が保有個人データに該当しない場合
- ・当社の業務の適正な実施に著しい支障を及ぼすおそれがある場合
- ・他の法令に違反することとなる場合
- ・本人又は第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害する恐れがある場合

■ OCS 使用欄

受付日時	西暦	年	月	日	時	分に受信	管理責任者 確認欄
------	----	---	---	---	---	------	--------------