

個人情報訂正等依頼書

レジデントインシュアランス少額短期保険株式会社 行

下記の通り個人情報の訂正等を依頼いたします。

記

※この書面での“本人”とは、開示対象の個人情報に該当する方を指します。

依頼日	年 月 日		
依頼区分	<input type="checkbox"/> 訂正	<input type="checkbox"/> 追加	<input type="checkbox"/> 削除
保険契約情報 (今回の請求にかかる契約情報が特定できるように記入してください)	保険開始日	年 月 日	
	保険契約者氏名		
	被保険者氏名		
依頼内容 (訂正の場合は、情報が特定できるように、訂正したいと思う事項を具体的に記入してください。 また、利用停止の場合は、その理由を具体的に記入してください)			
訂正すべき事実の誤りを証明する書類 (訂正の依頼の場合のみ必要です。添付する書類の名称、内容等を記載してください。)			
依頼者の区分	本人 / 代理人		
回答連絡(送付)先	本人 / 代理人		
本人住所			
本人氏名			
本人電話番号			
本人確認書類 (①または②のうち添付する書類にチェックを入れてください) ★は原本の提出をお願いします	①以下の書類のいずれか1点のコピー <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 ② ①がない場合には、以下の書類いずれか2点の原本★またはコピー <input type="checkbox"/> 印鑑証明書★ <input type="checkbox"/> 住民票★ <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 各種年金手帳 <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> 学生証		
※ 以下 本人 が 請 求 す る 場 合 に は 記 入 不 要 で す 。			
代理人住所			
代理人氏名			
代理人電話番号			
代理人 本人確認書類 (①または②のうち添付する書類にチェックを入れてください) ★は原本の提出をお願いします	①以下の書類のいずれか1点のコピー <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 ② ①がない場合には、以下の書類いずれか2点の原本★またはコピー <input type="checkbox"/> 印鑑証明書★ <input type="checkbox"/> 住民票★ <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 各種年金手帳 <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> 学生証		
代理人 資格確認書類 (添付する書類にチェックを入れてください)	以下の書類(原本)のうち該当する1点		
	親権者の場合	<input type="checkbox"/> 住民票	
	成年後見人の場合	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書	
	任意代理人の場合	<input type="checkbox"/> 委任状	

(ご注意)

・ご連絡(送付)先は、ご本人の本人確認書類に記載のある住所に限らせていただきます。

(書類送付先)

〒101-0054 東京都千代田区神田錦町一丁目13番地 大手町宝栄ビル502

レジデントインシュアランス少額短期保険株式会社 営業推進部 個人情報担当 宛

(以下会社使用欄)

受付年月日/担当/受付番号	/ /	
チェック欄	<input type="checkbox"/> 請求書	
	<input type="checkbox"/> 本人確認書類	
	<input type="checkbox"/> 代理人確認書類	
	<input type="checkbox"/> 手数料	