

## 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"/> マイナンバーカード(表面のみ) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート(住所記載あり) <input type="checkbox"/> 在留カード 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"/> 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"/> マイナンバーカード(表面のみ) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート(住所記載あり) <input type="checkbox"/> 在留カード 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"/> 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"/> 戸籍謄本	
	成年後見人の場合	<input type="checkbox"/> 後見登記事項証明	
	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)

東京都新宿区西新宿2-1-1 新宿三井ビル(私書箱270号)

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		