

個人情報開示・利用目的通知 請求書

レジデントインシュアランス少額短期保険株式会社 行

下記の通り請求いたします。

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。

ご請求日	年 月 日
ご請求区分	ご希望の項目に○をしてください。
	開示 利用目的の通知
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
開示請求内容 (情報が特定できるように、知りた いと思う事項を具体的に記入して ください)	
請求者の区分	本人 / 代理人
回答連絡(送付)先	本人 / 代理人
本人氏名	
本人住所	
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
	②①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
	②①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)

- ・開示の回答は、受付日の翌日から起算して10日以内といたしますが、止むを得ない理由がある場合には、ご連絡します。
- ・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。
- ・開示の請求にかかる手数料は、一律1,500円(消費税込)とし、お申込時に頂戴いたします。また、納付方法は、上記金額の小為替証書に限らせていただきます。ただし、ビデオ映像などのように書類以外で開示を行なう必要があり、その費用が1,500円を超える場合には、その超えた費用を開示実施手数料として、回答前にお支払いいただきます。

なお、お客様からの開示のお申込のあった個人情報について、開示しないと決定した場合、また当社に個人情報が存在しない場合であつても、手数料は返還いたしません。

・本請求書により当社が取得する個人情報は、本請求書に基づく処理のみに利用します。

(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		