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	ご希望の項目に〇をしてください。		
		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 □運転免許証　□パスポート　□身体障害者手帳　□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 □印鑑証明書★　□住民票★　□健康保険証　□各種年金手帳　□社員証　□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 □運転免許証　□パスポート　□身体障害者手帳　□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 □印鑑証明書★　□住民票★　□健康保険証　□各種年金手帳　□社員証　□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　□住民票		
	成年後見人の場合　□登記事項証明書		
	任意代理人の場合　□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っても、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)

〒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	□請求書	
	□本人確認書類	
	□代理人確認書類	
	□手数料	