

## 保有個人データ開示等請求書

\* 保有個人データとは、当社が保有する個人情報のうち、特定の個人情報を容易に検索できるように体系的に構成した情報の集合物を構成する個人情報であって、当社が本人から求められる開示、内容の訂正、内容の追加又は削除、利用の停止、消去及び第三者への提供の停止の求めのすべてに応じる権限を有するものをいいます。

請求者氏名	(カナ)	ご捺印	
請求者住所			お電話番号

本人確認等の下記項目についてチェックしてください。

請求者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> その他の代理人(委任状が必要です)
請求者本人確認書類(写し) <small>※本人確認書類に本籍地情報・個人番号が含まれる場合は、本籍地情報・個人番号の全てを黒く塗りつぶしてください          ※健康保険費法権車掌の写しを提出する場合は、被保険者等記号・番号等を全て黒く塗りつぶしてください</small>	<input type="checkbox"/> なし(後日ご連絡差し上げた際、登録済み情報について口頭で確認) <input type="checkbox"/> 運転免許証の写し <input type="checkbox"/> パスポートの写し <input type="checkbox"/> 住民票の写し(個人番号が含まれないもの) <input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証の写し <input type="checkbox"/> 在留カードの写し <input type="checkbox"/> その他( )
本人の状況等 <small>※本人以外の代理人が請求する場合は記載してください</small>	(ア) 本人の状況 <input type="checkbox"/> 未成年者( 年 月 日生) <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 本人から委任された。(委任状が必要です) (イ) 本人の氏名 (ウ) 本人の住所又は居所
請求資格確認書類 <small>※書類に本籍地情報・個人番号が含まれる場合は、本籍地情報・個人番号の全てを黒く塗りつぶしてください          ※健康保険費法権車掌の写しを提出する場合は、被保険者等記号・番号等を全て黒く塗りつぶしてください</small>	請求者が未成年者の法定代理人(親権者)の場合 以下の何れかの法定代理人であることを証する書類を添付してください。 <input type="checkbox"/> 戸籍簿謄本の写し <input type="checkbox"/> その他法定代理権の確認できる公的書類の写し 請求者が成年被後見人の法定代理人(成年後見者)の場合 以下の何れかの法定代理人であることを証する書類を添付してください。 <input type="checkbox"/> 後見登記等に関する登記事項証明書の写し <input type="checkbox"/> その他法定代理権の確認できる公的書類の写し 請求者が委任状による代理人の場合、以下の書類を添付(必須) <input type="checkbox"/> 本人の委任状(原本)

開示等の求めにともない取得した個人情報は、開示等の求めの対応に必要な範囲でのみ取り扱うものとします。また、開示等の求めに際しご提出いただいた請求書は返却いたしかねます。

下記窓口まで、本書と次頁記載の添付書類を提出してください。	
開示等受付窓口：	株式会社ハートメディカルケア 個人情報問合せ窓口 〒101-0051 東京都千代田区神田神保町2-4 太平電業第2ビル5F 株式会社ハートメディカルケア 個人情報問合せ係 TEL:03-3222-1800 (受付時間 9:30~17:00※) ※土・日曜日、祝日、年末年始、ゴールデンウィーク期間は、翌営業日以降の対応とさせていただきます

(次頁の必要事項も必ず記載してください)

開示等を請求する 保有個人データ (具体的に特定してください。)	
--	--

ご希望の請求内容にチェックを入れ、必要事項をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 開示	
<input type="checkbox"/> 利用目的の通知	
開示または利用目的の通知をご希望の場合は、a又はbに○印を付してください。aを選択した場合は実施の方法及び希望日を記載してください。尚、選択が無い場合は、原則として、「b) 写しの送付」扱いとさせていただきます。	a 下記、開示等受付窓口における開示、利用目的の通知の方法を希望する。 <実施の方法> <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> その他( ) <実施の希望日時>           年       月       日   午前・午後       時頃  b 写しの送付を希望する。
<input type="checkbox"/> 訂正	
具体的内容	【訂正内容】 訂正前： 訂正後：  【理由】(いずれかに ○ ) 1. データが事実でない 2. その他(具体的に)
<input type="checkbox"/> 追加	
具体的内容	【追加内容】
<input type="checkbox"/> 削除	
具体的内容	【削除内容】  【理由】(いずれかに ○ ) 1. データが事実でない 2. その他(具体的に)
<input type="checkbox"/> 利用停止(消去を含む)	
具体的内容	※理由の如何によらず、利用停止の求めには応じますが、今後の参考のために以下に理由をご記入頂ければ幸いです。ご記入は任意です。 【理由】(いずれかに ○ ) 1. データが不正に取得された 2. 利用目的外で取り扱われた 3. その他(具体的に)
<input type="checkbox"/> 第三者提供の停止	
具体的内容	※理由の如何によらず、第三者提供の停止の求めには応じますが、今後の参考のために以下に理由をご記入頂ければ幸いです。ご記入は任意です。 【理由】(いずれかに ○ ) 1. 本人の同意なくデータが第三者に提供された 2. その他(具体的に)