

ジャパン・アフィニティ・マーケティング株式会社 御中

年 月 日

### 保有個人データ開示等申請書

私に関する貴社の保有個人データについて、次の通り申請いたします。

住所 \_\_\_\_\_

ふりがな \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

#### ○申請内容について（該当する番号に○をおつけください）

(1) 利用目的の通知

(2) 開示

・特に開示を希望される事項がございましたら、以下にご記入ください。

(3) 事実でないための訂正、追加又は削除

訂正、追加又は削除する保有個人データの項目（氏名・住所等具体的にご記入ください）

・希望する手続き（該当するものに○をおつけください）

①訂正または追加すべき内容（具体的にご記入ください）

②当該「開示対象個人情報」の削除を希望

(4) 利用停止又は消去

(5) 第三者への提供の停止

#### ○保有個人データの特定に必要な事項の提示

私の開示対象個人情報の特定に必要な事項を次の通り提示します。

- ・ メールアドレス ( )
- ・ 貴社の担当部署 ( )
- ・ 貴社の担当者 ( )
- ・ 利用した保険商品・サービス ( )

#### ○法定代理人による申請の場合の法定代理人の情報

氏名	
住所	〒
電話番号	
申請者との関係(○印を記入)	未成年者の法定代理人 成年被後見者の法定代理人
本人(○印を記入)	未成年者 成年被後見人

\* 法定代理人による申請の場合は、以下の書類の双方を同封ください。

- ① 法定代理人であることを証する登記事項証明書コピー(親権者の場合は扶養家族が記入され健康保険証のコピーでも可)
- ② 法定代理人本人であることを確認するための書類  
(下記注1に記載する本人確認のための書類と同様の書類。)

#### (注1)本人確認のための書類

ご本人であることを確認する書類とは以下の書類を言います。

- (1) 写真付身分証明書(下記の何れか1点のコピー)
  - a. 運転免許証
  - b. 旅券
  - c. マイナンバーカード
  - d. 写真付学生証
- (2) 写真付身分証明書がない場合(下記の2点以上のコピー)
  - a. 公的医療保険の被保険者証
  - b. 年金手帳
  - c. 母子健康手帳
  - d. 学生証(写真なし)

#### (注2)本人の委任による代理人の申請の場合

本人の委任による代理人の申請の場合は、以下の書類の双方を同封ください。

- ① 本人の自筆委任状
- ② 代理人本人であることを確認するための書類(上記注1記載と同様の書類いずれか一点)

#### (注3)申請に関する手数料

申請の内容が(1)の利用目的の通知又は(2)の開示の場合は、手数料(1回の申請につき1,000円[税込み])をお支払いいただきますので、あらかじめご了承ください。お支払い方法につきましては、申請書類の受領後、あらためてご連絡いたします。