

記入日____年__月__日

〒131-0046

東京都墨田区京島 1-21-10

一般財団法人オルトモスヘルスケア財団

個人情報お問い合わせ窓口 宛

保有個人データ開示等請求書

本請求書に記載する個人情報は、貴財団が本人確認および本請求の対応に必要な範囲でのみ利用することに同意して、開示等対象個人情報の利用目的の通知、開示、訂正・追加・削除、利用・提供の停止・消去、第三者提供記録の開示に関し、「個人情報の保護に関する法律」に基づき、貴社に次のとおり請求します。

* 記入欄のうち□のある箇所については、該当するものにレ印をつけてください。

| | | |
|--|-----------------|---|
| ご請求者様 (ご本人様) | ご住所 〒 ___ - | |
| | フリガナ ご氏名 | ※ 平日 9 時から 17 時の間にご連絡できる 電話番号をご記入ください。 電話番号 (____) ___ - ___ Email ___ @ ___ |
| ご本人様確認用提出書類 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 住民票原本（必須、個人番号が含まれないもの） <input type="checkbox"/> 運転免許証の写し <input type="checkbox"/> 旅券の写し （いずれか1つが必須。但し、任意代理人様による請求の場合は不要）※ 写しは住所に「同上」と記載されている以外は、本籍地を塗りつぶしたものをご用意ください <u>運転免許証または旅券をお持ちでない場合</u> <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し（被保険者等記号・番号等を全て墨塗りしたもの） <input type="checkbox"/> 年金手帳の写し <input type="checkbox"/> 外国人登録証明証の写し (いずれか1つが必須) | | |
| 代理人様 (代理人様が 請求する場合) | ご住所 〒 ___ - | |
| | フリガナ ご氏名 | ※ 平日 9 時から 17 時の間にご連絡できる 電話番号をご記入ください。 電話番号 (____) ___ - ___ Email ___ @ ___ |
| 請求者ご本人様との関係 <input type="checkbox"/> 法定代理人様（親権者様など） <input type="checkbox"/> 委任による代理人様 | | |
| ご本人様および代理人様確認用提出書類 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ご本人様の住民票原本（必須（親権者様の場合は代理人の方とその続柄がともに記載されたもの）） <input type="checkbox"/> 委任状および委任状に使われたご本人様の印鑑証明書原本（任意代理人様の場合に必須） <input type="checkbox"/> 成年後見の登記事項証明書原本（成年後見人様の場合に必須） <input type="checkbox"/> 代理人様の住民票原本（必須（親権者様の場合は、ご本人様とその続柄が共に記載されたもの）） <input type="checkbox"/> 代理人様の運転免許証の写し <input type="checkbox"/> 代理人様の旅券写し （いずれか1つが必須） ※ 写しは、住所に「同上」と記載されている以外は、本籍地を塗りつぶしたものをご用意ください <u>運転免許証または旅券をお持ちでない場合</u> <input type="checkbox"/> 代理人様の健康保険証の写し（被保険者等記号・番号等を全て墨塗りしたもの） <input type="checkbox"/> 代理人様の年金手帳の写し <input type="checkbox"/> 代理人様の外国人登録証明証の写し （いずれか1つが必須） | | |

| | |
|--|---|
| ご請求者様 情報 (ご本人様 情報) | <input type="checkbox"/> 当財団の助成・支援・顕彰制度の申請者様・対象者様やその家族等 () <input type="checkbox"/> 上記以外の当財団が提供するサービス等のお客様 () <input type="checkbox"/> 当財団のお取引先関係者様 () <input type="checkbox"/> 当財団の元役職員 () 年 () 月ごろ ~ () 年 () 月ごろ () <input type="checkbox"/> その他 () |
| 回答方法の ご希望 | <input type="checkbox"/> 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(書面)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 <input type="checkbox"/> 写し(書面)の送付を希望する。 <input type="checkbox"/> 電子的記録による提供を希望する。 <input type="checkbox"/> その他、当財団の定める方法 |
| 報告先 | 郵送先 <input type="checkbox"/> 上記ご請求者様(ご本人様)住所と同じ <input type="checkbox"/> 上記代理人様住所と同じ ※ 以下にご記入ください 〒 — 電話番号 () - Email @ ※ 平日9時から17時の間にご連絡できる電話番号をご記入ください。 |
| 利用目的の通 知、または開示 等を希望する 個人情報を提 供した経緯・手 段や内容など | 例: XXXについてのアンケートに答えた際の個人情報について知りたい。 例: XXXについてのアンケートに答えた際の利用目的を確認したい。 ※具体的にご記入ください。 <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
| ご請求の種類 | <input type="checkbox"/> ① 保有個人データの開示 <input type="checkbox"/> ② 保有個人データの利用目的の通知 <input type="checkbox"/> ③ 保有個人データの訂正 <input type="checkbox"/> ④ 保有個人データの追加 <input type="checkbox"/> ⑤ 保有個人データの削除 <input type="checkbox"/> ⑥ 保有個人データの利用停止 <input type="checkbox"/> ⑦ 保有個人データの消去 <input type="checkbox"/> ⑧ 保有個人データの第三者への提供停止 <input type="checkbox"/> ⑨ 保有個人データの共同利用停止 <input type="checkbox"/> ⑩ 第三者提供記録の開示 |
| ご請求理由 (請求の種類が ①、②または ⑩のときは不 要) | ご請求の種類 請求理由 ③、④、⑤ のとき <input type="checkbox"/> データに誤りがある(事実でない)ため <input type="checkbox"/> 上記以外 |
| | ⑥、⑦のとき <input type="checkbox"/> データが不正に取得されたため <input type="checkbox"/> 利用目的外で取り扱われているため <input type="checkbox"/> 違法・不正な行為を助長・誘発するおそれのある利用があつたため <input type="checkbox"/> 漏えい等事故が生じたため <input type="checkbox"/> 利用する必要がなくなったため <input type="checkbox"/> ご本人様の権利または正当な利益が害されるおそれがある <input type="checkbox"/> 上記以外 |
| | ⑧、⑨のとき <input type="checkbox"/> ご本人様の同意なく第三者へデータが提供されているため <input type="checkbox"/> 漏えい等事故が生じたため <input type="checkbox"/> 利用する必要がなくなったため <input type="checkbox"/> ご本人様の権利または正当な利益が害されるおそれがある <input type="checkbox"/> 上記以外 |

| ご請求の種類 | 請求内容 | |
|---|--|--|
| | ※ 訂正などの内容を確認できる資料がありましたら添付をお願いいたします。 | |
| ご請求内容 (請求の種類 が③、④、⑤ または⑩のと きのみ記入) | ③ 保有個人デ ータの訂正 | 1. 訂正前 2. 訂正後 |
| | ④ 保有個人デ ータの追加 | 追加する項目・内容 |
| | ⑤ 保有個人デ ータの削除 | 削除する項目・内容： <input type="checkbox"/> すべての項目・内容の削除 <input type="checkbox"/> 上記以外 |
| | ⑩ 第三者提供 記録の開示 | 開示請求する第三者提供記録の特定に関する事項： <input type="checkbox"/> 当財団が個人データを第三者に提供した際の第三者提供記録 <input type="checkbox"/> 当財団が第三者より個人データを受領した際の第三者提供記録 |
| 個人情報取扱事業者 および個人情報保護管理者 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 個人情報取扱事業者の名称：一般財団法人才オルトモスヘルスケア財団 ・ 個人情報保護管理者の所属・職名：業務執行理事 ・ 個人情報保護管理者の連絡先：general@altomos-foundation.or.jp | |

※ 本請求書と提出書類一式を同封のうえ、**簡易書留郵便**でご返送ください（なお、当財団への郵送料はご請求者様（ご本人様）または代理人様でご負担ください）。ご提出いただいた書類はご本人確認および本ご請求の対応のために使用いたします。また、ご提出いただいた書類は返却いたしかねます。

※ ①、②、⑩の保有個人データまたは第三者提供記録の開示、および保有個人データ利用目的の通知請求の場合は、別途手数料を申し受けます。

※ ⑥、⑦、⑧、⑨の保有個人データの利用の停止・消去、および共同利用または第三者提供の停止をご要望される場合、当財団のサービスをご提供できない場合がございますので、ご了承ください。

注) 個人情報提供の任意性

個人情報のご提供は任意です。ただし、必要な情報をご提供いただけない場合、本ご請求に対応ができないなど、各サービス等を適切な状態で受けられない場合がありますので、あらかじめご了承ください。