

保有個人データ開示請求書

株式会社AOKIホールディングス 宛

年 月 日

項目		記入欄																						
1	請求者	住所	〒 _____																					
		氏名	(フリガナ) _____ 印																					
		電話番号	(_____)																					
		会員番号	_____																					
2	開示対象者	住所	〒 _____																					
		氏名	(フリガナ) _____																					
		電話番号	(_____)																					
		会員番号	_____																					
3	対象会社 (該当に☑・複数選択可)	AOKIグループ <input type="checkbox"/> (株)AOKIホールディングス (株)AOKI <input type="checkbox"/> AOKI <input type="checkbox"/> ORIHICA (株)快活フロンティア <input type="checkbox"/> コート・ダジュール <input type="checkbox"/> 快活CLUB <input type="checkbox"/> FIT24 <input type="checkbox"/> アニヴェルセル(株) <input type="checkbox"/> 寿本舗(株) <input type="checkbox"/> ダブルエー少額短期保険(株)																						
4	開示対象者の本人確認書類 (該当に☑・①②どちらかを同封してください。)	① 1つで確認できるもの(写真付きで有効期限内のもの) <input type="checkbox"/> 運転免許証のコピー <input type="checkbox"/> 旅券(パスポート)のコピー <input type="checkbox"/> 在留カードのコピー <input type="checkbox"/> マイナンバーカード(表面)のコピー <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳のコピー ② 2つで確認できるもの(有効期限内のもの) ※下記を同封される場合は、A・Bから1つずつ必ず2種類の書類の同封をお願い致します。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証(コピー) </td> <td style="width: 50%; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> 住民票(発行日より3ヵ月以内)(原本) </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">A</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 年金手帳(コピー)</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書(発行日より3ヵ月以内)(原本)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 学生証(コピー)</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード(写真なし)(コピー)</td> </tr> </table> </td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table> </td> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>開示請求の内容 (該当に☑・ご記入ください。)</td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 性別 <input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> メールアドレス <input type="checkbox"/> 取引履歴(_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他(_____) </td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>開示請求の目的</td> <td colspan="2">開示を希望される目的をご記入ください。</td> </tr> </table>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証(コピー) </td> <td style="width: 50%; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> 住民票(発行日より3ヵ月以内)(原本) </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">A</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 年金手帳(コピー)</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書(発行日より3ヵ月以内)(原本)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 学生証(コピー)</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード(写真なし)(コピー)</td> </tr> </table> </td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証(コピー)	<input type="checkbox"/> 住民票(発行日より3ヵ月以内)(原本)	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">A</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 年金手帳(コピー)</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書(発行日より3ヵ月以内)(原本)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 学生証(コピー)</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード(写真なし)(コピー)</td> </tr> </table>	A	B	<input type="checkbox"/> 年金手帳(コピー)	<input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書(発行日より3ヵ月以内)(原本)	<input type="checkbox"/> 学生証(コピー)	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード(写真なし)(コピー)				5	開示請求の内容 (該当に☑・ご記入ください。)	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 性別 <input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> メールアドレス <input type="checkbox"/> 取引履歴(_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他(_____)		6	開示請求の目的	開示を希望される目的をご記入ください。	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証(コピー) </td> <td style="width: 50%; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> 住民票(発行日より3ヵ月以内)(原本) </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">A</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 年金手帳(コピー)</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書(発行日より3ヵ月以内)(原本)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 学生証(コピー)</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード(写真なし)(コピー)</td> </tr> </table> </td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証(コピー)	<input type="checkbox"/> 住民票(発行日より3ヵ月以内)(原本)	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">A</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 年金手帳(コピー)</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書(発行日より3ヵ月以内)(原本)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 学生証(コピー)</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード(写真なし)(コピー)</td> </tr> </table>	A	B	<input type="checkbox"/> 年金手帳(コピー)	<input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書(発行日より3ヵ月以内)(原本)	<input type="checkbox"/> 学生証(コピー)	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード(写真なし)(コピー)															
<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証(コピー)	<input type="checkbox"/> 住民票(発行日より3ヵ月以内)(原本)																							
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">A</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 年金手帳(コピー)</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書(発行日より3ヵ月以内)(原本)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 学生証(コピー)</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード(写真なし)(コピー)</td> </tr> </table>	A	B	<input type="checkbox"/> 年金手帳(コピー)	<input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書(発行日より3ヵ月以内)(原本)	<input type="checkbox"/> 学生証(コピー)	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード(写真なし)(コピー)																		
A	B																							
<input type="checkbox"/> 年金手帳(コピー)	<input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書(発行日より3ヵ月以内)(原本)																							
<input type="checkbox"/> 学生証(コピー)	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード(写真なし)(コピー)																							
5	開示請求の内容 (該当に☑・ご記入ください。)	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 性別 <input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> メールアドレス <input type="checkbox"/> 取引履歴(_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他(_____)																						
6	開示請求の目的	開示を希望される目的をご記入ください。																						

【備考】

- 請求者が開示対象者本人以外の場合は下記確認書類の同封をお願い致します。

請求者が法定代理人の場合、 ①法定代理権を証明できる書類(戸籍謄本(原本)・続柄記載の住民票(原本)または登記事項証明書(原本)) ②所定の法定代理人申告書 ③法定代理人確認書類(運転免許証のコピー等、本人確認書類に準ずる)
請求者が任意代理人の場合、 ①開示対象者本人の印鑑登録証明書(取得後3か月以内のもの)(原本) ②所定の委任状 ③任意代理人確認書類(運転免許証のコピー等、本人確認書類に準ずる)

- 以上、いずれも現住所と確認書類記載の住所が異なる場合には、回答書を郵送できません。また、本請求書1枚につき1名のみのお返事とさせていただきますのでご了承ください。
- いただいた本人確認書類等は社内管理上、保管させていただきます。

弊社使用欄	受領		本人確認		発送	
	担当者	責任者	担当者	責任者	担当者	責任者
受付番号						
—	/	/	/	/	/	/

法定代理人申告書

年 月 日

(法定代理人記入)

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

法定代理人資格(親権者など) _____

私は、(開示対象者の住所・氏名) _____ の

法定代理人として、開示請求書記載事項を株式会社AOKIホールディングスに対し請求します。

以上

委任状

年 月 日

(開示対象者本人記入)

住 所 _____

氏 名 _____ ⑩ (実印)

私は、(任意代理人の住所・氏名) _____ を

代理人として定め、開示請求書記載事項を株式会社AOKIホールディングスに対して請求し、

その通知を受領する一切の件を委任します。

以上