

訂 正 等 請 求 書

日新火災海上保険株式会社 御中

ご請求年月日 西暦 年 月 日
ご請求者 (実印)

下記の対象者欄に記載の者に関する貴社の保有個人データの内容について、個人情報の保護に関する法律第29条第1項に基づき、訂正・追加・削除（以下、訂正等といいます）を請求いたします。

(*印のある項目は必ず記入してください。)

* 訂 正 等 対 象 者	フリガナ			性別	生 年 月 日
	氏名			男 ・ 女	西暦 年 月 日
	住所	〒 —			
	区分 (いずれかに○)	() 保険契約者	() 被保険者	() 死亡保険金受取人	
	() 事故当事者	() その他 []			

1. 訂正等を希望するデータとデータを特定するための資料

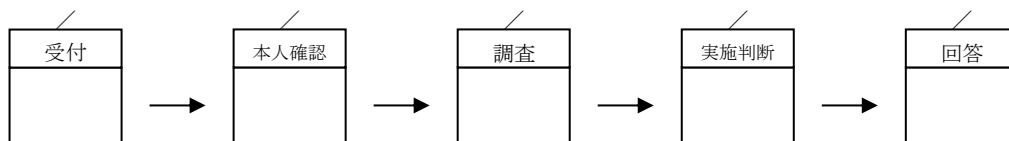
*訂正等を希望するデータと訂正等の内容	訂正等を希望するデータ	区分 (いずれかに○)	訂正・追加後の内容
		訂正・追加・削除	
		訂正・追加・削除	
		訂正・追加・削除	
		訂正・追加・削除	
*ご請求理由	(訂正等を希望されるデータが <u>事実でないとお考えになる理由</u> をご記入下さい。)		
添付資料 (いずれかに○)	() 保険証券の写し () 弊社からのご通知書・はがき等 () その他 []		

2. 結果の受取方法 *

ご本人の場合はご本人の届出住所宛に、代理人の場合は委任状に記載された代理人住所宛に一般書留郵便（配達証明）にて送付いたします。

※必ず、「ご請求にあたっての注意事項」をお読みください。

[会社使用欄]



＜ご請求にあたっての注意事項（必ずお読みください）＞

1. ご本人確認書類

以下の（1）と（2）の書類を請求書に添付してください。

（1）印鑑登録証明書の正本（現住所が記載され、発行日から3ヶ月以内のもの）

（2）氏名、生年月日および住所を確認できる公的書類の下記いずれか1点

- ①運転免許証 ②パスポート ③住民基本台帳カード（写真付のものに限る） ④外国人登録証明書
 - ⑤各種健康保険証 ※1 ⑥各種年金手帳（証書） ※2 ⑦各種福祉手帳（証書） ⑧住民票・記載事項証明書 ※3
 - ⑨戸籍謄本・抄本 ⑩外国人登録原票の写 ⑪外国人登録原票の記載事項証明書
- （※1）保険者番号および被保険者等の記号・番号はマスキング（黒く塗りつぶす）してください。
（※2）基礎年金番号はマスキング（黒く塗りつぶす）してください。
（※3）住民票コードや個人番号はマスキング（黒く塗りつぶす）してください。

2. 代理人の方が請求される場合

（1）任意代理人がご請求される場合

- 電話等でご本人さまから代理権授与の意思確認をいたしますので、あらかじめご了承ください。
- 代理権およびご本人確認のために必要となる書類は下記の通りです。
 - ① ご本人の本人確認書類（1. ご本人確認書類をご覧ください）
 - ② ご請求の手続きをされる任意代理人の本人確認書類（1. ご本人確認書類をご覧ください）
 - ③ 委任状

（2）ご本人が「未成年者もしくは成年被後見人」で、法定代理人がご請求される場合

- 代理権およびご本人確認のために必要となる書類は下記の通りです。
 - ① ご本人の本人確認書類（1. ご本人確認書類をご覧ください）
 - ② ご請求の手続きをされる法定代理人の本人確認書類（1. ご本人確認書類をご覧ください）
 - ③ 「未成年者もしくは成年被後見人」との関係が確認できる書類（戸籍謄本、後見開始審判書等）

3. 請求書の送付先

〒101-8329

東京都千代田区神田駿河台2-3

日新火災海上保険株式会社

リスク管理業務品質部コンプライアンスグループ