

社会保険労務士法人ユナイテッドブレインズ  
個人情報問合わせ窓口 行

申込日 (西暦)	年 月 日
-------------	-------

## 個人情報開示依頼書

個人情報保護法第25条の規定に基づき、社会保険労務士法人ユナイテッドブレインズが保有する、下記私の「個人情報」の開示(自己に係わる本人情報が存在しないときにその旨を知らせることを含む。)を請求します。

フリガナ		〒	
氏名	Ⓜ	住所	
電話番号 ※1	携帯 自宅 会社	本人確認書類	運転免許証 パスポート 健康保険被保険者証
生年月日	年 月 日	男女の別	男 女

代理人による請求の場合は、以下についても記入していただき、必ずご本人署名捺印の委任状および代理人ご自身の確認書類を同封してください。  
<代理人>

フリガナ		〒	
氏名	Ⓜ	住所	
電話番号 ※1	携帯 自宅 会社	本人確認書類	運転免許証 パスポート 健康保険被保険者証
生年月日	年 月 日	男女の別	男 女

※1 日中(9:00~17:00)連絡の可能な番号を記入してください。また、電話の種類および本人確認書類は、該当するものを一つ〇で囲んでください。

1. 当社に貴殿がお預けいただいた業務に○をお願いいたします。

<input type="checkbox"/> 社会保険・労働保険関係手続	<input type="checkbox"/> 給与計算	<input type="checkbox"/> その他( )
--	-------------------------------	---------------------------------

2. 当社に貴殿の上記個人情報をお預けになった月日をご記入願います。

年 月 日頃
--------

3. 開示依頼する「個人情報」の名前、種類、項目等を具体的にご記入ください。

--

< 手続きの流れと注意事項 >

- ・個人情報開示依頼書に必要な事項をご記入・ご捺印いただき、本人確認書類および手数料を同封の上ご郵送ください。
- ・本人確認書類は運転免許証、パスポート、健康保険被保険者証のいずれかコピーを同封してください。  
※氏名、住所および生年月日が記載されている箇所をコピーしていただきますようお願いいたします。
- ・手数料は1,000円となります。1,000円分の郵便定額小為替をご同封ください。
- ・情報の開示は、開示依頼書到着後約2週間頂くこととなりますのでご了承願います。
- ・開示情報をご準備できましたら、上記記載の電話番号にご連絡させていただきます。
- ・個人情報の受渡しは郵送(簡易書留郵便等)にて行います。
- ・「個人情報受領確認書」を同封いたしますので、ご署名・ご捺印の上、返信用封筒にてご返送ください。
- ・開示することにより次のいずれかに該当する場合は、その全部又は一部を開示しないことがあります。
  - 1 本人又は第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害するおそれがある場合
  - 2 当該個人情報取扱事業者の業務の適正な実施に著しい支障を及ぼすおそれがある場合
  - 3 他の法令に違反することとなる場合
  - 4 この依頼書に記載されている住所、本人確認のための書類に記載されている住所、当社の登録住所が一致しない場合等、ご本人からの請求であることが確認できない場合
- ・なお、ご依頼いただいた個人情報は開示等のご請求への対応以外の目的では利用いたしません。