

## 個人情報開示等請求書

個人情報の開示等を希望の場合、以下必要事項を記入し、手数料 500 円分の切手を同封（利用目的の通知又は開示を請求される場合のみ）の上、弊社個人情報窓口までご郵送ください。

※恐れ入りますが、必要項目が記載されていない場合、該当個人情報を保有していない場合、着払いの場合は受付致しかねます。ご了承ください。

項目	ご記入欄
請求年月日	年 月 日
氏名	
住所	
電話番号	
メールアドレス	
弊社との関係	<input type="checkbox"/> 個人のお客様 ご利用サービス名： <input type="checkbox"/> お取引先の役員又は従業員の方 所属企業・団体名： <input type="checkbox"/> 弊社従業員 <input type="checkbox"/> 退職者 <input type="checkbox"/> その他 具体的にご記入ください：
(MedLife 会員の方のみ) MedLife に登録しているメールアドレス	<input type="checkbox"/> 同上 または下記にご記入ください。
請求の内容	<input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 訂正・追加・削除 <input type="checkbox"/> 利用停止又は消去 <input type="checkbox"/> 第三者提供の停止
請求の詳細	

### 〈注意事項〉

- ご本人を確認することのできる下記書類のいずれかを同封してください。  
・ 運転免許証 ・ 住民基本台帳カード ・ 住民票記載事項証明書 ・ パスポートのコピー
- 代理人が請求される場合には、ご本人及び代理人の身分証明証の写し並びに委任状の添付をお願いします。
- 弊社の回答は、ご本人の身分証明書に記載の住所に本人限定受取郵便（特例型）で郵送します。
- 本請求書にご記入いただいた個人情報は、開示等を行うために必要な範囲で利用します。
- 送付先

〒103-0022 東京都中央区日本橋室町 1 丁目 11 番 12 号 日本橋水野ビル 7 階  
株式会社 MedLife 個人情報保護管理事務局 宛