

個人情報開示等の請求手続について

次頁「個人情報開示等請求書」の枠内をご記入・ご送付ください。

(代理人様による請求の場合は次々頁の「委任状」もあわせてご記入・ご送付をお願いいたします。)

お手数ですが、ご本人様が確認できる書類として、以下のいずれかのご提示（現住所がわかるようにコピーしたものを同封）をお願いいたします（ご本人様とご請求者様が別の方場合は、ご両名分）。

- ・運転免許証 ・パスポート ・マイナンバーカード（表面のみ）※1
- ・健康保険被保険者証（保険者番号および被保険者等の記号・番号にマスキングが必要です）※2
- ・その他のご本人様の氏名、現住所を確認できる公的書類のコピー※3

- ※1 個人番号が記載された個人番号カードの裏面のコピーをご提出された場合、法令上当社では受領することができないため、適切な処理ののち廃棄させていただきます。個人情報開示等請求書・本人確認書類の再提出が必要となりますためご注意ください。
- ※2 保険者番号・被保険者番号等の記号・番号が記載された保険証のコピーをご提出された場合、法令上当社では受領することができないため、適切な処理ののち廃棄させていただきます。個人情報開示等請求書・本人確認書類の再提出が必要となりますためご注意ください。
- ※3 本籍地の情報が記載されている場合、該当部分はマスキングしてご提示ください。

【宛先】

〒144-0041

東京都大田区羽田空港3丁目5番10号 ユーティリティセンタービル8階

スカイマーク株式会社 個人情報相談受付窓口

TEL 03-5708-8280（受付時間 平日 10:00～17:00）

スカイマーク個人情報開示等請求書

ご記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. ご請求者様の情報

フリガナ			
お名前	印		
ご住所	〒 _____ <small>都道 市区 府県 町村</small> <small>アパート・マンション名</small>		
お電話番号	() _____ - _____	メールアドレス	_____

2. ご請求内容

ご請求事項	種類	<input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 訂正、追加、削除 <input type="checkbox"/> 利用の停止、消去、第三者への提供の停止 <input type="checkbox"/> 第三者提供記録の開示		
	詳細			
個人情報を ご提供 いただいた 時期・方法	<個人情報の調査に必要となりますので、できるだけ具体的に記入をお願いします。>			
対象者	ご請求者様との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外（太枠内も記入をお願いします。） ※ご本人様以外の個人情報について開示等をご請求になる場合は、ご本人様による 委任状 及び 印鑑登録証明書 の提示が必要となります		
	フリガナ			
	お名前			
	ご住所	〒 _____ <small>都道 市区 府県 町村</small> <small>アパート・マンション名</small>		
	お電話番号	() _____ - _____	メールアドレス	_____
当社からの通知方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他 (_____)			

3. ご意見等

--

本請求用紙及びご提出頂いた本人確認書類は、お客様からの開示等のご請求手続及びご本人様確認を行うことを目的として利用いたします。それ以外の目的で利用することはございません。

【当社使用欄】

- 本人確認済
- ご本人様 代理人様
- 運転免許証 パスポート マイナンバーカード（表面のみ）
- 健康保険被保険者証（記号・番号がマスキングされたもの）
- その他 (_____)

委任状

(スカイマーク個人情報開示等請求書付書類)

<ご本人様>

フリガナ			
お名前			印
ご住所	〒 都道 市区 府県 町村 アパート・マンション名		
お電話番号	() -	メールアドレス	

私は、下記の者を代理人と定め、私の個人情報に関わる利用目的の通知、開示、訂正、追加、削除、利用の停止、消去、第三者への提供の停止又は第三者提供記録の開示の権限を委任いたします。

<代理人様>

フリガナ			
お名前			印
ご住所	〒 都道 市区 府県 町村 アパート・マンション名		
お電話番号	() -	メールアドレス	