

## 個人情報の開示等の求めに関する手続き

個人情報に関して本人は、次の「求め」ができます。

- ・利用目的の通知、開示
- ・内容の訂正、追加または削除
- ・利用の停止、消去および第三者への提供の停止

なお、利用の停止または消去に伴い、不本意ながらご要望に沿ったサービスの提供ができなくなることがありますので、あらかじめご了承ください。

当社では、次の手順で個人情報の開示等の求めに対応いたします。

所定の用紙をお送りいただく前に、当社の「[個人情報の取扱いについて](#)」をご確認いただき、同意の場合は所定の場所にお名前をご記入のうえでお送りください。

### 1. 開示等の求めの受付

- (1) [所定の用紙](#)にご記入のうえ、次までご郵送いただくか、ご持参をお願いします。

〒105-0023  
東京都港区芝浦 1-1-1 浜松町ビルディング  
シミックヘルスケア株式会社 個人情報受付窓口

個人情報の利用目的の通知、開示を求める場合、1件につき事務費用 500 円が必要となりますので、定額小為替 500 円を同封してください。なお、多額の費用を要する等の理由により所定の手数料の範囲内で利用の停止又は消去、提供の停止を行うことが困難な場合については、別途実費相当額をお支払いいただく場合があります。その場合、事前にお知らせをし、ご了解をいただきます。なお、資料の郵送等にかかる送料に関しては相互の負担といたします。

- (2) 本人確認のため、次の書類を(1)とともにご郵送いただくか、ご持参をお願いします。

▲運転免許証、パスポート等の写真で本人確認ができるものの写し  
(開示等の求めをする本人の名前および住所が記載されているもの。ただし、本籍の記載は塗りつぶすなどして、判読できないようにしてください。)

- (3) 代理人の方が手続きをされる場合は、(1)、(2)に加え次の書類もご郵送いただくか、ご持参をお願いします。

- ◆お客様が未成年者又は成年被後見人の場合はその法定代理人  
戸籍謄本又は成年後見登記事項証明書など、法廷代理権があることを確認できる書類（本籍地を消したもの）
- ◆代理人を証明する書類、代理人の運転免許証（本籍地を消したもの）、パスポート等の写真で代理人確認ができるものの写し（開示等の求めをする代理人の名前および住所が記載されているもの。ただし、本籍の記載は塗りつぶすなどして、判読できないようにしてください。)
- ◆代理人の住民票の写し（開示等の求めをする日前 30 日以内に作成されたもので本籍地の記載がないもの。)
- ◆代理人が弁護士の場合は、登録番号のわかる書類
- ◆代理を示す旨の委任状

## 2. 対応の検討

所定の用紙により受け付け、本人確認、代理人確認ができたときは、当社内で検討します。  
次のいずれかに該当する場合は開示等の求めに応じられない場合があります。

### (1) 利用目的の通知

- ・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恐れがある場合
- ・当社の権利又は正当な利益を害する恐れがある場合
- ・国の機関又は地方公共団体が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、当該事務の遂行に支障を及ぼす恐れがあるとき
- ・利用目的が明らかな場合
- ・請求者が所定の手数料を支払わない場合

### (2) 開示

- ・法令の規定により特別の手続きが定められている場合
- ・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恐れがある場合
- ・当社の業務の適正な実施に著しい支障を及ぼす恐れがある場合
- ・法令に違反することとなる場合
- ・請求者が所定の手数料を支払わない場合

### (3) 訂正、追加又は削除

- ・保有個人データの内容が事実であった場合
- ・法令の規定により特別の手続きが定められている場合

### (4) 利用の停止、消去又は第三者への提供の停止

- ・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恐れがある場合
- ・法令に違反することとなる場合

## 3. 検討結果連絡

- ✓ 当社内で検討した結果は遅滞なく書面により連絡します。
- ✓ 書面の送付先は、所定の用紙にご記入いただいた本人または代理人の住所とします。
- ✓ 本人または代理人を証明する書類は、当社が入手してから6か月以内に責任を持って廃棄いたします。
- ✓ 所定の用紙をお送りいただく前に、当社の「個人情報取扱について」をご確認いただき、同意の場合は所定の場所にお名前をご記入のうえでお送りください。

<お問合せ先>

シミックヘルスケア株式会社 個人情報受付窓口

TEL : 03-6779-8129 FAX : 03-6683-7828

メール : [hc-pmark@cmic.co.jp](mailto:hc-pmark@cmic.co.jp)

2016年 11月 1日改訂

## 個人情報の開示等の求め

平成 年 日 月

シミックヘルスケア株式会社 代表取締役 殿

シミックヘルスケア株式会社に対し個人情報の開示等の求めをいたします。

請求者 ○印で囲んでください	本人 未成年者の法定代理人 成年被後見人の法定代理人 本人が委任した代理人 (本人の場合は下記本人欄に、代理人の場合は下記代理人欄にご記入ください。)
本人	〒 住所 氏名フリガナ 氏名 *旧氏名での請求の場合 旧氏名フリガナ 旧氏名 連絡先電話番号
代理人	〒 住所 氏名フリガナ 氏名 連絡先電話番号
請求項目	項番 請求項目 (該当する請求項目の項番を○印で囲んでください)
	1 個人情報の利用目的の通知
	2 個人情報の開示
	3 個人情報の内容の訂正
	4 個人情報の追加
	5 個人情報の削除
	6 個人情報の利用の停止
	7 個人情報の消去
8 個人情報の第三者への提供の停止	
開示方法	郵送 来所受取 : どちらかの方法を○印で囲んでください。 ・来所受け取りをご希望の場合は、本人確認または代理人確認が必要です。「個人情報の開示等の求めに関する手続き」の1. (2)または1. (2)、(3)をご持参ください。

個人情報の扱いについて、私「」は、シミックヘルスケア株式会社の「[個人情報の取扱いについて](#)」に同意し、「個人情報の開示等の求め」に必要な書類を送ります。

## 当社記入欄

本人・代理人の確認	運転免許証 (本籍地を消したもの) パスポート 住民票の写し その他 ( )
-----------	---

代理人資格の確認	戸籍謄本／抄本 住民票記載事項証明書 委任状 その他 ( )
受付担当者	受 付 :           年       月       日    受付者 :

個人情報の開示等の請求方法等について

1. 個人情報の開示等を請求する場合は、この書面により行ってください。
2. 個人情報の開示等の請求は、来訪または郵便 により受け付けます。
3. 個人情報の開示等の請求者が本人又は代理人であるかを確認するため、次の公的証明書をご用意します。郵送又はFAX による請求の場合は写しをご送付ください。

(本人の場合)

運転免許証（本籍地を消したもの）、健康保険の被保険者証、写真付き住民基本台帳カード、外国人登録証明書等公的証明書

(代理人の場合)

本人及び代理人の公的証明書並びに代理人を示す旨の委任状