

**代理人の場合のご記入例**

**開示等請求書**

株式会社クスリのマルエ 御中

ご記入日：〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

請求者：ご本人 <input checked="" type="radio"/> 代理人 (いずれかに○をつけてください)	
氏名	マルエ 花子
ふりがな	まるえ はなこ
生年月日	〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日
住所	〒 371 - 0221 群馬県前橋市樋越町〇〇
電話番号	(027) 283 - 〇〇〇〇 ← 日中ご連絡できる電話番号をご記入下さい

私は、貴社が保有している個人情報について、次の通り請求します。

1. 請求区分 (ご希望項目に○をしてください)

<input checked="" type="checkbox"/>	開示	<input type="checkbox"/>	利用目的の通知	<input type="checkbox"/>	訂正	<input type="checkbox"/>	追加
<input type="checkbox"/>	削除	<input type="checkbox"/>	利用停止	<input type="checkbox"/>	消去	<input type="checkbox"/>	第三者への提供停止
請求理由	全額自己負担した医療費の療養費払い戻し請求手続きに必要なため						
請求する保有個人データ (訂正請求の場合、その内容)	調剤報酬明細書 (レセプト)						
請求期間	〇〇〇〇年〇〇月分						
利用店舗名	マルエ〇〇店						
最終利用時期	〇〇〇〇年〇〇月						

2. 請求の対象となるご本人 (代理人による請求の場合のみご記入ください)

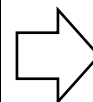
氏名	マルエ 太郎
ふりがな	まるえ たろう
生年月日	〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日
住所	〒 371 - 0221 群馬県前橋市樋越町 83
電話番号	(027) 283 - 2228 ← 日中ご連絡できる電話番号をご記入下さい

〈ご注意〉

1. 保有する個人情報の開示には、通常 10 営業日 (約 2 週間) 程度要します。
2. 法令の定めにより開示できない個人情報もあります。その場合には、当社判断基準や根拠についてご説明致します。
3. ご本人による請求の場合、ご本人の本人確認書類が必要となります。また、代理人による請求の場合、代理人の本人確認書類が必要となります。(代理人が法定代理人の場合は、法定代理人であることを証明する書類も必要となります)
4. 任意代理人による請求の場合、当社からの利用目的の通知、開示は、ご本人に対して行います。
5. 本請求書により当社が取得する個人情報は、本請求書に基づく処理のみに利用します。ご提出いただいた書類は、開示等の求めに対する回答が終了した後、6ヶ月間を保管単位とし、6ヶ月保管後廃棄させていただきます。

【会社使用欄】

管理統括本部	創夢人財部 相談窓口	本人・代理人 確認	開示対象 個人情報 確認	請求区分等対応	個人情報 保護管理者
		確認資料名 ( )	該当・非該当 〔非該当理由〕	必要・不要 〔不要理由〕	



〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日

## 委任状

株式会社クスリのマルエ 御中

ご住所 群馬県前橋市樋越町 83

お名前  
(委任者) マルエ 太郎

印

実印

※本人の自署が必要です。

※実印を押印し、印鑑証明書を添付してください。

私は、下記の者を代理人として、下記の権限を委任します。

私の個人情報の

1. 利用目的の通知を請求する件
- ② 開始を請求する件
3. 訂正・追加・削除、利用の停止・消去・第三者への提供の停止を請求する件

※いずれかの番号を、○で囲ってください。

記

住 所 群馬県前橋市樋越町 83

氏 名 マルエ 花子

委任者 未成年者の法定代理人

との関係

以上