

保有個人データ(医療情報)の開示請求の手続について

プルデンシャル生命保険株式会社では、「個人情報の保護に関する法律」における個人情報に関する本人関与を保障する趣旨より、「保有個人データ(医療情報)」の開示請求に関する手続について、以下の通り定めております。なお、このご請求に際して、運転免許証(コピー)等の「本人確認書類」に含まれる機微(センシティブ)情報を付随的に取得する場合がありますので、ご了承ください。

※機微(センシティブ)情報は要配慮個人情報を含みます。

| 1. 請求者の範囲 | <ul style="list-style-type: none"> 本人(当該保有個人データによって識別される特定の個人) 本人が未成年者または成年被後見人の場合の法定代理人 開示請求につき本人が委任した代理人(以下「任意代理人」といいます) | | | | | | | | |
|--|--|------------|---------------|--|--|------------------------------|--|--|---|
| 2. 請求の方法 | 以下の3.「必要書類」をご郵送ください。 | | | | | | | | |
| 3. 必要書類 | <p>(1)保有個人データ(医療情報)開示請求書 (2)本人確認書類</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>本人による請求の場合</th> <th>法定代理人による請求の場合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> 以下①～③のいずれかのコピー ●氏名・生年月日・現住所の記載のある有効期限内のものに限ります。 ①運転免許証 ②パスポート(日本国発行に限る) ③健康保険証 ※健康保険証の記号・番号・保険者番号部分はマスキング(塗りつぶし)してください。 </td> <td> 法定代理人であることを示す以下の資料のいずれか(原本) (イ) 戸籍謄本または抄本 (ロ) 住民票 (ハ) 成年後見登記事項証明書 または、後見開始審判書 ※発行日より6ヶ月以内のものをご提出ください。 </td> </tr> <tr> <th colspan="2">任意代理人による請求の場合(①と②の両方を提出願います)</th> </tr> <tr> <td> ①委任の事実を証明する書類(原本) (a) 委任状(当社所定様式) ※委任者(本人)の自署および実印の押印があるもの (b) 委任者(本人)の印鑑証明書 ※発行日より6ヶ月以内のものをご提出ください。 </td> <td> ②代理人本人であることを証明する書類 以下(ア)～(イ)のいずれかのコピー ●氏名・生年月日・現住所の記載のある有効期限内のものに限ります。 (ア) 運転免許証 (イ) パスポート(日本国発行に限る) (ロ) 健康保険証 ※健康保険証の記号・番号・保険者番号部分はマスキング(塗りつぶし)してください。 </td> </tr> </tbody> </table> | 本人による請求の場合 | 法定代理人による請求の場合 | 以下①～③のいずれかのコピー ●氏名・生年月日・現住所の記載のある有効期限内のものに限ります。 ①運転免許証 ②パスポート(日本国発行に限る) ③健康保険証 ※健康保険証の記号・番号・保険者番号部分はマスキング(塗りつぶし)してください。 | 法定代理人であることを示す以下の資料のいずれか(原本) (イ) 戸籍謄本または抄本 (ロ) 住民票 (ハ) 成年後見登記事項証明書 または、後見開始審判書 ※発行日より6ヶ月以内のものをご提出ください。 | 任意代理人による請求の場合(①と②の両方を提出願います) | | ①委任の事実を証明する書類(原本) (a) 委任状(当社所定様式) ※委任者(本人)の自署および実印の押印があるもの (b) 委任者(本人)の印鑑証明書 ※発行日より6ヶ月以内のものをご提出ください。 | ②代理人本人であることを証明する書類 以下(ア)～(イ)のいずれかのコピー ●氏名・生年月日・現住所の記載のある有効期限内のものに限ります。 (ア) 運転免許証 (イ) パスポート(日本国発行に限る) (ロ) 健康保険証 ※健康保険証の記号・番号・保険者番号部分はマスキング(塗りつぶし)してください。 |
| 本人による請求の場合 | 法定代理人による請求の場合 | | | | | | | | |
| 以下①～③のいずれかのコピー ●氏名・生年月日・現住所の記載のある有効期限内のものに限ります。 ①運転免許証 ②パスポート(日本国発行に限る) ③健康保険証 ※健康保険証の記号・番号・保険者番号部分はマスキング(塗りつぶし)してください。 | 法定代理人であることを示す以下の資料のいずれか(原本) (イ) 戸籍謄本または抄本 (ロ) 住民票 (ハ) 成年後見登記事項証明書 または、後見開始審判書 ※発行日より6ヶ月以内のものをご提出ください。 | | | | | | | | |
| 任意代理人による請求の場合(①と②の両方を提出願います) | | | | | | | | | |
| ①委任の事実を証明する書類(原本) (a) 委任状(当社所定様式) ※委任者(本人)の自署および実印の押印があるもの (b) 委任者(本人)の印鑑証明書 ※発行日より6ヶ月以内のものをご提出ください。 | ②代理人本人であることを証明する書類 以下(ア)～(イ)のいずれかのコピー ●氏名・生年月日・現住所の記載のある有効期限内のものに限ります。 (ア) 運転免許証 (イ) パスポート(日本国発行に限る) (ロ) 健康保険証 ※健康保険証の記号・番号・保険者番号部分はマスキング(塗りつぶし)してください。 | | | | | | | | |
| 4. 手数料 | 900円(定額小為替証書による支払い) ※定額小為替証書は、郵便局で発行しています。900円(450円×2枚)の証書を購入し、所定の請求書とともに送付ください。 | | | | | | | | |
| 5. 請求書の送付先 | 〒981-3288 宮城県仙台市泉区紫山2-1-5 プルデンシャル生命保険株式会社 カスタマーサービスセンター | | | | | | | | |
| 6. 回答書の送付 | <ul style="list-style-type: none"> 回答には、完備した「必要書類」をカスタマーサービスセンターが受理してから一定の期間を要しますのでご了承ください。事情により回答が遅れるときはあらかじめご連絡いたします。 郵送による回答の場合は、請求書記載の住所に「簡易書留郵便」により転送不要郵便物として送付いたします。(任意代理人からのご請求の場合には、回答はご本人宛てに送付いたします) 法令の定め等によりご請求に応じられない場合もございますが、その場合には、その旨を通知させていただきます。 | | | | | | | | |

保有個人データ(医療情報)開示請求書

プルデンシャル生命保険株式会社 御中

「個人情報の保護に関する法律」の第33条の規定により、貴社が管理する私の保有個人データについて、当用紙の別紙記載の「保有個人データ(医療情報)の開示請求の手続について」、および貴社における「個人情報の取り扱いについて」の内容を了解したうえで、以下のとおり請求します。なお、開示請求にあたり、貴社所定の手数料を支払います。

※以下、□については、該当個所の□に✓をいれてください。

請求日:(西暦) 年 月 日

| | | | | |
|-----|--------------|--|------|----------------|
| 請求者 | 住所 | 〒 - | | |
| | 氏名(自署) | フリガナ | 生年月日 | 昭・平・令 年 月 日 |
| | | <input type="checkbox"/> 本人(個人情報によって識別される特定の個人) <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 本人が未成年者または成年被後見人の場合の法定代理人 | | |
| | 電話番号 | ※日中にご連絡可能な電話番号をご記入ください。 () - - | | |
| | Eメール アドレス | ※電磁的記録による開示を希望された場合の、送付先Eメールアドレスとなります。 | | |

◎請求者が代理人の場合のみ、以下の欄にご記入ください。(※任意代理人の場合は、回答の送付先とします)

| | | | |
|-------|--|---------|--|
| 本人の状況 | <input type="checkbox"/> 未成年者 <input type="checkbox"/> 成年被後見人 <input type="checkbox"/> 委任者(任意) | | |
| 本人の住所 | 〒 - | | |
| 本人の氏名 | 電話番号 | () - - | |

| | | | | |
|--------|-------------|---|---|---|
| 開示請求内容 | 保険契約を特定する情報 | 対象契約証券番号(複数記入可) | | |
| | 情報の詳細 | ① | ② | ③ |
| ④ | | ⑤ | ⑥ | |
| | | <input type="checkbox"/> 申込手続中 <input type="checkbox"/> 契約なし | | |
| | | <input type="checkbox"/> 血液検査結果 <input type="checkbox"/> 基本測定結果 身長、体重、脈拍数、不整脈、血圧(最大/最小) 尿検査(蛋白)、尿検査(尿糖) <input type="checkbox"/> その他(下欄に具体的にご記入ください。) | | |

【請求目的・内容等の詳細】・・・上記開示請求の目的および具体的内容をご記入ください。

| | |
|----------|---|
| 開示(回答)方法 | <input type="checkbox"/> 書面 <input type="checkbox"/> 電磁的記録 ※ご希望に添えない場合がありますので予めご了承ください。 ※書面は請求書住所へ郵送いたします。(任意代理人による場合を除く) |
|----------|---|

※ご記入いただいた個人情報につきましては、当社の「個人情報保護方針」に従って利用させていただきます。詳しくは当社ホームページ(<https://www.prudential.co.jp/>)をご参照ください。

| | | |
|---------------------|----------|--|
| 会社使用欄 (※ご記入は不要です) | | |
| 本人確認資料 | 本人請求の場合 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他() |
| | 代理人請求の場合 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 戸籍関係書類 <input type="checkbox"/> 委任状(任意代理の場合のみ) <input type="checkbox"/> その他() |
| カスタマーサービス センター受付 | 備考欄 | 回答日 |
| コンタクトID | | 送付 |
| | | コンタクトID |