

弊社記入欄 (回答内容)	<input type="checkbox"/> 別紙のとおりご回答します <input type="checkbox"/> 完了いたしました (完了日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 下記事由によりご請求には応じられません <input type="checkbox"/> 亡くなられたご本人の生前の意思、名誉等を尊重した結果開示できません <input type="checkbox"/> ご請求書類に不備があります (理由:) <input type="checkbox"/> 請求対象となる個人情報ではありません <input type="checkbox"/> 第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害するおそれがあります <input type="checkbox"/> 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ります <input type="checkbox"/> 法令に違反します (法令名:) <input type="checkbox"/> その他 ()
ご回答日	年 月 日
回答の郵送先	※請求人住所と同一の場合は記入不要です

※1 健康保険証は、カード型の場合、必ず裏面に現在の住所をご記入いただき、両面のコピーを同封してください。
 ※2 マイナンバーカードは、表面（顔写真）のコピーのみ同封してください。裏面（個人番号記載の面）は同封しないでください。

必要事項をご記入のうえ、必要な本人確認書類（運転免許証などの公的書類のコピー1点）を添付し、開示手数料分の郵便切手を同封のうえ、弊社窓口宛に一般書留または簡易書留にてご郵送ください（郵送料はご請求者にてご負担をお願いいたします）。

<弊社窓口>

〒107-0052

東京都港区赤坂一丁目8番1号 赤坂インターシティAIR ケアレックス株式会社 管理統括部 人事総務課 開示請求担当者

(封筒に朱書きで、「開示等請求書 在中」とお書き添えください)