

2020年9月23日



株式会社オリコフォレントインシュア

〒108-8555 東京都港区芝浦4-9-25

芝浦スクエアビル

TEL:03-6743-6120 FAX:03-6743-6121

## 医療保険の被保険者等記号・番号等の告知要求制限に関するお知らせ

拝啓 時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、このたび健康保険法等の一部が改正され、保険者番号及び被保険者等記号・番号等について、個人情報保護の観点から、健康保険事業またはこれに関する事務の遂行等の目的以外で告知を求めるとを禁止する「告知要求制限」の規定が設けられました。

「告知要求制限」の規定は2020年10月1日から施行されます。このため、家賃等決済サービス申込時の本人確認を目的とする医療保険の被保険者等記号・番号等の取り扱いに関しましては、下記の通りとなりますので、ご案内申し上げます。

お手数をおかけいたしますが、何卒ご理解、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

敬具

### 記

#### ①実施開始日程

2020年10月1日 保証申込審査受付分より

#### ②対象となる被保険者証

- ・健康保険被保険者証 ・国民健康保険被保険者証 ・後期高齢者医療被保険者証
- ・船員保険被保険者証 ・国家公務員共済組合組合員証 ・地方公務員共済組合組合員証
- ・私立学校教職員共済制度加入者証 ・介護保険被保険者証※

※介護保険被保険者証は「告知要求制限」の規定外ですが、統一的な運用のためマスキング対象とさせていただきます

#### ③被保険者証の写し送付時の注意点

各医療保険の被保険者等記号・番号等にマスキングを施し、送信くださるようご協力お願いいたします

<参考例>

健康保険被保険者証	本人(被保険者)	00000
	記号	平成25年3月9日
	番号	
氏名	保証 太郎	
生年月日	昭和 63年 1月 17日	
性別	男	
資格取得年月日	平成 25年 3月 1日	
事業所名称	○△□株式会社	
保険者番号		
保険者名称	全国健康保険協会 ○○支部	
保険者所在地	○○市○○区○○町0-0-0	

マスキング

印

以上