

別表1 国保組合が保有する個人情報の例

| 個人情報の種類 | 個人情報の内容 |
|------------|---|
| 被保険者適用情報 | <p>保険者番号及び被保険者記号・番号、氏名、生年月日、性別、住所、電話番号、職種、被保険者の員番、被保険者の整理番号、資格区分、資格取得日、資格取得事由、資格喪失日、資格喪失事由、資格変更事由、取得前・喪失後保険者名、取得前・喪失後保険者記号番号、組合員の世帯に属する者(家族)の続柄、マル学(学校名・卒業予定日)・マル遠(事由・住所)に係る情報、家族の職業、家族の使用される事業所名、家族の医療保険適用状況、所属団体に係る情報、支部及び班情報、外国人の在留資格・在留期間、労働保険の適用情報、雇用形態(事業主・従業員数)、従業員(雇用労働者・専従者・家族従業員)、一人親方(手間受け・外注扱い)、事業所の状況(事業所の形態＝株式会社・有限会社・合資会社・合名会社・個人事業所・一人親方)、事業所番号、事業所の名称・所在地・電話番号、事業主の氏名、事業所関係異動日情報、事業所関係異動事由情報、健康保険適用除外承認日、厚生年金保険資格取得日、厚生年金保険資格喪失日、組合特定被保険者該当日、組合特定被保険者解除日、組合特定被保険者異動事由、保険料減免措置、保険料減免理由、特定疾病療養(認定疾病名・認定医療機関名称・認定医師名)、標準負担額減額認定、長期入院該当日、限度額適用認定(一定以上所得者を特定)、低所得区分(非課税世帯のI又はII区分)、前期高齢者該当、老人保健該当、寝たきり老人該当、福祉医療の適用(乳児・障害・母子・戦傷病者等)情報、介護第2号適用除外、個人番号</p> |
| 被保険者レセプト情報 | <p>診療区分、保険者番号及び被保険者記号・番号、給付割合、診療年月、府県コード、医療機関コード、氏名、性別、生年月日、特記事項、職務上の事由、医療機関の所在地及び名称、診療科、傷病名、診療開始日、転帰、診療実日数、決定点数、公費点数、一部負担金額、患者負担金額、外来負担金額、入院負担金額、マルコ金額、処方薬剤薬局名、処方月日、数量、調剤料、調剤報酬、調剤点数、調剤請求点数、薬剤負担金額、薬剤負担金額公費分、食事療養日数、食事療養日数公費分、食事療養決定額、食事療養決定額公費分、食事療養標準負担額、食事療養標準負担額公費分、診療内容、画像(レセプト画像)、福祉医療(乳児・障害・母子・戦傷病者等)、公費番号、市町村番号</p> |

| | |
|---------------------------------------|---|
| <p>給付調整事務情報</p> | <p>保険者番号及び被保険者記号・番号、被保険者氏名、性別、住所、生年月日、電話番号、職業、組合員との続柄、勤務先名称・所在地・電話番号、労働保険適用情報、加害者又は損害賠償義務を負う者の氏名、性別、住所、生年月日、電話番号、職業、勤務先名称・所在地・電話番号、事故発生日時、事故発生場所、事故発生理由、事故発生当時の状況、被害の程度、示談成立の有無、示談成立日、示談金受領日、受領金額、示談不成立理由、診療を受けた医療機関、医師氏名、診療（見込）期間、過失割合、症状固定日、自賠責保険（共済）及び任意保険（共済）の加入有無、保険会社名・所在地・電話番号、担当者氏名、証書番号、契約者氏名、契約者住所、契約者電話番号、契約期間、車種、自動車登録番号、車台番号、目撃者の住所・氏名・電話番号、人身事故証明書入手不能理由、分割納付の理由、分割納付期間、分納付回数</p> |
| <p>被保険者健康診査情報</p> | <p>保険者番号及び被保険者記号・番号、被保険者（組合員及びその家族）氏名、住所、生年月日、性別、電話番号、受診費用、健診別給種コード、健診未実施項目、健診種目名、健診受診日、健診機関名、健診機関所在地、画像（レントゲン写真）、相談・指導内容、所見、保健師・看護師名、緊急薬・常備薬購入記録、疾病既往歴、家族既往歴、心電図、嗜好（たばこ・酒）</p> |
| <p>被保険者現金給付情報</p> | <p>保険者番号及び被保険者記号・番号、氏名、生年月日、住所、電話番号、振込口座、受診医療機関名、受診年月、傷病名、医療費、装具装着日、装具購入費用、前年度所得（非課税者のみ）、移送費用、移送先、移送方法、証明先医療機関名、労務不能期間、労務不能期間に受けた給与、労務不能期間の出勤状況、出産（予定）日、分娩の種類、出生児数、出生児名、続柄、死亡年月日、死亡原因（病名）、除籍謄本記載内容、埋葬に要した費用、葬祭執行日、請求者氏名・住所・電話番号・振込口座</p> |
| <p>被保険者柔道整復、ハリ・きゅう、マッサージ 施術情報</p> | <p>保険者番号及び被保険者記号・番号、氏名、住所、生年月日、施術者名、施術年月、施術金額、傷病名、部位、施術者の所属団体の名称・所在地・電話番号・団体代表者、振込先口座</p> |