

## 医療保険の被保険者等記号・番号等のマスキングについて

医療制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律（令和元年法律第9号）により、保険者番号及び被保険者等記号・番号（以下、「被保険者等記号・番号等」という。）について、個人情報保護の観点から、健康保険事業又はこれに関連する事務の遂行等の目的以外で告知を求めることを禁止する「告知要求制限」の規定が設けられ、告知要求制限の規定が令和2年10月1日から施行されました。

そのため、建設業許可申請、各届出等において提出いただく標準決定通知書の写し等について、「被保険者等記号・番号」の欄が見えないようにマスキングしたものを提出いただきますようお願いいたします。

### マスキング例

事業所整理記号	事業所番号	健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬決定通知書				
1	アイウ 23456					

  

被保険者等記号 被保険者番号	被保険者氏名	生年月日	種別	適用年月	決定後の標準報酬月額	
					(健保)	(厚年)
■■■■■	○○○ ○○	500.00.00	第○種	R02.00.00	○○○千円	○○○千円
■■■■■	○○ ○○	500.00.00	第○種	R02.00.00	○○○千円	○○○千円
■■■■■	○○ ○○○	500.00.00	第○種	R02.00.00	○○○千円	○○○千円
■■■■■	○○○ ○○	500.00.00	第○種	R02.00.00	○○○千円	○○○千円
■■■■■	○○ ○○	500.00.00	第○種	R02.00.00	○○○千円	○○○千円
■■■■■	○○ ○○○	500.00.00	第○種	R02.00.00	○○○千円	○○○千円
■■■■■	○○○○ ○○	500.00.00	第○種	R02.00.00	○○○千円	○○○千円
■■■■■	○○○ ○○	500.00.00	第○種	R02.00.00	○○○千円	○○○千円
■■■■■	○○ ○○○	500.00.00	第○種	R02.00.00	○○○千円	○○○千円
■■■■■	○○ ○○○	500.00.00	第○種	R02.00.00	○○○千円	○○○千円

  

郵便番号	000-0000	令和○年○月○日 上記のとおり標準報酬が決定されたので通知します。
事業所住所	○○○○○○○	
事業所名称	株式会社○○	
事業主氏名	○○ ○○	

日本年金機構理事長

**健康保険 被保険者証**      本人（被保険者）

平成○年○月○日交付

記号 ■■■■■      番号 ■■■■■

氏名                    ○○ ○○

生年月日            昭和○○年○○月○○日

性別                    ○

資格取得年月日    平成○○年○○月○○日

事業所名称          株式会社 ○○

保険者番号          ■■■■■

保険者名称          ○○○○

保険者所在地      ○○市○-○-○

マスキング

マスキング

印

※ ■■■■■ の箇所をマスキングした上でご提出下さい。