

医療保険の被保険者等記号・番号等の告知要求制限について

入札参加資格審査において、雇用を確認するため健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬決定通知書の写し等を御提出いただいているところですが、令和2年10月1日より、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。）の告知を求めることを禁止する規定が施行されています。

これに伴い、**提出書類に被保険者等記号・番号等が記載されている場合は、その箇所を見えないようにして御提出くださいますようお願いいたします。**

★ 該当する提出書類

健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬決定通知書、健康保険被保険者証の写し

健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬決定通知書						
事業所整理記号 01-74 事業所番号 01234						
被保険者 整理番号	被保険者名	適用年月	決定後の標準報酬月額		生年月日	種別
			(健保)	(厚年)		
	徳島 五郎	R2.9	150千円	150千円	S30.1.1	
	徳島 花子	R2.9	200千円	200千円	S30.7.1	
	〇〇 〇〇	R2.9	XXX千円	XXX千円	SXX.X.X	
	〇〇 〇〇	R2.9	XXX千円	XXX千円	SXX.X.X	
	〇〇 〇〇	R2.9	XXX千円	XXX千円	SXX.X.X	

健康保険 被保険者証	本人（被保険者）	00000
令和00年00月00日交付		
記号	000000000	番号 00 氏名 00
氏名	〇〇 〇〇	「被保険者等記号・番号」を マスキング
生年月日	平成00年00月00日	
性別	〇	
資格取得年月日	令和00年00月00日	
事業所名称	株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇	「保険者番号」をマスキング 事業所名称は消さない
保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
保険者名称	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
保険者所在地	徳島市〇〇町 〇-〇〇-〇〇	

後期高齢者医療被保険者証	
有効期限	令和 年 月 日
交付年月日	令和 年 月 日
被保険者番号	マスキング
被保険者	住所
	氏名
	生年月日
資格取得年月日	
発効期日	
一部負担金の割合	
保険者番号並びに保険者の名称及び印	マスキング 徳島県 後期高齢者医療広域連合

- 標準報酬決定通知書の場合は「被保険者整理番号」をマスキング。
- 健康保険被保険者証・後期高齢者医療被保険者証の場合は、
「被保険者記号・番号」と「保険者番号」をマスキング。

※ 被保険者等記号・番号等が記載された書類の提出があった場合は、県職員がマスキングを行います。