

令和2年9月29日

## ふれんず宅建保証から会員様へのお知らせ

株式会社ふれんず宅建保証  
〒812-0029  
福岡市博多区古門戸町1-13  
ル・モンド博多2階  
TEL092-283-1878・FAX092-283-1869

### 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ことを禁止する「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、家賃保証を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、ご協力を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（墨消し・墨塗り）したうえで、送信くださるようご協力をお願いいたします。

<参考例>

健康保険被保険者証	本人(被保険者)	00000
	記号	番号
	宅建 太郎	平成25年3月9日
氏名	昭和 63年 1月 17日	
生年月日	男	
性別	平成 25年 3月 1日	
資格取得年月日	○△□株式会社	
事業所名称	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