

### 本人確認書類を添付するときの注意点（マスキング等）

- ・ 本人確認書類は、氏名、生年月日、住所が確認できるように添付してください。
- ・ 以下の書類については、マスキング等の対応が必要です。必ずご確認ください。

| 注意が必要な書類                                                    | 注意いただくこと   |
|-------------------------------------------------------------|------------|
| マイナンバーカード                                                   | 裏面は提出しない   |
| 健康保険被保険者証<br>国民健康保険被保険者証<br>共済組合員証<br>船員保険被保険者証<br>遠隔地被保険者証 | 一部項目をマスキング |

### ●裏面を提出してはいけない書類

- ・ マイナンバーカード

※マイナンバー（個人番号）が記載された裏面は提出しないでください。



### ●マスキングが必要な書類

- ・ 健康保険被保険者証
- ・ 国民健康保険被保険者証
- ・ 共済組合員証
- ・ 船員保険被保険者証
- ・ 遠隔地被保険者証

※以上の書類については一部をマスキングしていただく必要があります。詳細は以下をご確認ください。

### <マスキングする項目>

保険者番号及び被保険者等記号・番号等、二次元コード（記載の場合）

「記号」「番号」「枝番」「保険者番号」「二次元コード（記載の場合）」のみマスキングを施し、それ以外の項目は隠れないようにご注意ください。

## <マスキングの方法（情報の隠し方）>

下記の例を参考にマスキングを行ってください。

### 【例】

- ・コピーをとった後に、該当箇所を見えないように塗りつぶした上で撮影してください。
- ・付箋やテープ、紙（透けない素材）などで該当箇所を隠した上で撮影してください。

※氏名、生年月日、住所はマスキングしないでください。

### 【OK】正しくマスキングされている

|                   |              |                 |  |
|-------------------|--------------|-----------------|--|
| <b>健康保険 被保険者証</b> |              | 本人（被保険者）        |  |
|                   |              | 令和〇〇年 〇〇月〇〇日 交付 |  |
| 記号                | 番号           | 枝番              |  |
| 氏名                | 〇〇〇 〇〇〇      |                 |  |
| 生年月日              | 令和〇〇年 〇〇月〇〇日 |                 |  |
| 性別                | 〇            |                 |  |
| 資格取得年月日           | 令和〇〇年 〇〇月〇〇日 |                 |  |
| 事業所名称             | 〇〇〇〇〇株式会社    |                 |  |
| 保険者番号             |              |                 |  |
| 保険者名称             | 〇〇〇協会 〇〇支部   |                 |  |
| 保険者所在地            | 〇〇〇〇〇        |                 |  |

### 【NG例】

- ・必要な項目までマスキングしている
- ・マスキングすべき項目が漏れている など

「児童福祉法の規定に基づく療育の給付、措置等にかかる医療の給付に関する取扱いについて」

（平成 27 年 3 月 31 日付雇児福発第 0331 第 1 号・雇児母発第 0331 第 2 号・障障発第 0331 第 2 号）に定める受診券

「保険証の記号番号」部分をマスキングしてください

|                      |                                    |
|----------------------|------------------------------------|
| <b>受診券</b> （施設入所者等用） |                                    |
| 公費負担者番号<br>（支弁義務者）   | 5 3 2 7 6 0 1 0                    |
| 受給者（児童（者））番号         |                                    |
| 施設名                  |                                    |
| 氏名                   | 男・女                                |
| 生年月日                 | 年 月 日                              |
| 保険証の有無               | 有（協・組・日・船・共・国） 無                   |
| 保険者名                 |                                    |
| 保険証の記号番号             |                                    |
| 発行機関名<br>及び 印        | 大阪市中央区大手前2丁目1番22号<br>大阪府福祉部子ども家庭局長 |
| 交付年月日                | 年 月 日                              |
| 交付番号                 | 第 号                                |

### 注意事項

1. この券は、療養取扱機関において療養の給付を受けることのできる券ですから大切に保存して下さい。
2. 療養取扱機関において療養の給付を受けようとするときは、必ずこの券を（保険証のある場合は保険証と共に）窓口で渡して下さい。
3. 施設を退所もしくは措置変更したときには、直ちにこの券を発行機関へ返して下さい。
4. 保険の資格喪失、保険種類の変更など記載内容に変更を生じたときには、すみやかにこの券を発行機関に届出て再発行を受けて下さい。
5. この券が破れたり、よごれたり、または紛失したりしたときには再発行を受けて下さい。
6. 不正にこの券を使用したときは、医療費の支弁を停止します。