

個人情報取扱事務届出事項

個人情報取扱事務を所掌する組織の名称		住民課 保険年金係			所掌内の整理番号	340	
開始年月日		変更年月日	平成29年4月1日	廃止年月日			
個人情報取扱事務の名称		後期高齢者医療基準収入額適用申請書受付事務				事務区分	固有事務
個人情報取扱事務の目的		医療費自己負担は、所得区分に応じているが、一定の所得要件に該当する方に申請をしてもらうことにより3割から1割の自己負担軽減を図るもの					
個人情報の対象者の範囲		後期高齢者医療制度の被保険者					
個人情報の記録項目	<b>1. 基本事項</b> <input checked="" type="checkbox"/> 個人番号 <input checked="" type="checkbox"/> 識別番号 <input checked="" type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 性別 <input type="checkbox"/> 年齢 <input checked="" type="checkbox"/> 生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 本籍・国籍 <input type="checkbox"/> 続柄 <input checked="" type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> 顔写真 <input type="checkbox"/> メールアドレス		<b>2. 心身の状況</b> <input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 傷病歴 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 身体特性 <input type="checkbox"/> 性格・性質		<b>4. 社会生活</b> <input type="checkbox"/> 職業・職歴 <input type="checkbox"/> 学業・学歴 <input type="checkbox"/> 免許・資格 <input type="checkbox"/> 賞罰 <input type="checkbox"/> 成績・評価 <input checked="" type="checkbox"/> 財産・収入 <input type="checkbox"/> 納税状況 <input type="checkbox"/> 公的扶助 <input type="checkbox"/> 趣味 <input type="checkbox"/> 銀行口座 <input type="checkbox"/> 団体加入		
	<b>5. 思想信条等</b> <input type="checkbox"/> 思想・信条 <input type="checkbox"/> 宗教 <input type="checkbox"/> 社会的差別の原因となる恐れのある情報  根拠法令又は理由 ( )		<b>3. 家庭生活</b> <input checked="" type="checkbox"/> 家族状況 <input type="checkbox"/> 婚姻歴 <input type="checkbox"/> 親族関係 <input type="checkbox"/> 居住状況		<b>6. その他</b> ( )		
個人情報の収集先	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 実施機関内 <input type="checkbox"/> 他の実施機関等 <input type="checkbox"/> 他の官公庁 <input type="checkbox"/> 民間・私人		その他 ( )				
個人情報の処理形態	<input checked="" type="checkbox"/> 電子計算機処理を含む 利用システムの名称 { 千葉県後期高齢者医療広域連合電算処理システム }			<input checked="" type="checkbox"/> 通信回線による電子計算機の結合			
個人情報の経常的な目的外利用及びその提供先	<input type="checkbox"/> 実施機関内 <input checked="" type="checkbox"/> 他の実施機関等		<input type="checkbox"/> 他の官公庁 <input type="checkbox"/> 民間・私人		その他 { 千葉県後期高齢者医療広域連合 }		
個人情報の取り扱いを実施機関以外のもに委託	<input type="checkbox"/> 委託 委託先名称 { }						
特定個人情報ファイル	<input checked="" type="checkbox"/> 特定個人情報ファイルに該当する						
備考							

※「」は当該事項に該当、「」は当該事項に該当しないことを示す。