

提出先：ブリヂストン健康保険組合 担当者

申請日： 年 月 日

不開示該当フラグ・自己情報提供不可フラグに関する申請書

下記の通り、オンライン資格確認における自己情報開示についての措置を申請します。

被保険者等 記号・番号		—		続柄 (いずれかに○)	被保険者 ・ 被扶養者
申請者氏名					
申請内容 (いずれかに✓)	設定	マイナンバーカードが手元にない(置いて避難している等)場合	<input type="checkbox"/>	自己情報提供不可フラグ	
		マイナポータルで加害者を代理人設定している場合	<input type="checkbox"/>	自己情報提供不可フラグ	
	解除	マイナンバーカードは手元にあるが、加害者が医療従事者である等、被保険者等記号・番号を利用して情報閲覧される可能性がある場合 等	<input type="checkbox"/>	不開示該当フラグ	
		被害の恐れが解消され、住所情報の開示制限が不要となった場合 等	<input type="checkbox"/>	自己情報提供不可フラグ	
			<input type="checkbox"/>	不開示該当フラグ	

※各フラグ設定時に表示制限される情報の詳細については、裏面をご確認ください。

【必要書類】 DV相談支援センターや保護施設の証明書、もしくは行政の支援措置決定通知書等の写しを添付してください。

【受診方法】 自己情報提供不可フラグを設定した場合、マイナ保険証での受診ができません。健保よりお送りする資格確認書（はがきタイプ・有効期限約5年間）で受診をお願いいたします。

ブリヂストン健康保険組合決裁				
資格確認書交付要否	交付日	係	事務長	常務理事
<input type="checkbox"/> 交付不要 (不開示該当フラグ)	<input type="checkbox"/> はがきタイプ			
<input type="checkbox"/> 交付要 (自己情報提供不可フラグ)	/			

【各フラグ設定時に表示制限される情報について】

フラグ 設定	マイナ保険証 での受診可否	情報の表示制限が発生するケースと対象情報							
		情報表示の区分	資格情報	住所情報	薬剤処方履歴情報		健診情報	医療費通知 情報	備考
			氏名、生年月日、 被保険者記号・番号、 性別 等(※)	郵便番号、 住所	診療年月日、 薬剤名	医療機関名	資格確認日、 医療機関コード 等	審査年月、 診療年月、 医療費総額 等	
なし	可	①マイナポータルの表示	○	×	○	○	○	○	
		②病院、薬局窓口での表示 (マイナンバーカードでの受診)	○	○	○ (窓口で同意した 場合のみ表示)	×	○ (窓口で同意した 場合のみ表示)	×	
		③病院、薬局窓口での表示 (資格確認書での受診)	○	○	×	×	×	×	資格確認書での受診時以外でも、 医療機関従事者が被保険者記号 番号をシステムに入力して住所情報 を検索・閲覧することが可能です。
不開示 該当	可	①マイナポータルの表示	○	×	○	○	○	○	マイナポータルをはじめ、マイナ保険証 の機能は引き続きご利用になれます。
		②病院、薬局窓口での表示 (マイナンバーカードでの受診)	○	○	○ (窓口で同意した 場合のみ表示)	×	○ (窓口で同意した 場合のみ表示)	×	受診した病院・薬局の窓口の方にそ の場で住所情報を見られる可能性が あります。
		③病院、薬局窓口での表示 (資格確認書での受診)	○	×	×	×	×	×	医療機関従事者が、被保険者記号 番号をシステムに入力して住所情報 を検索・閲覧することはできません。
自己情報 提供不可	不可 (資格確認書 のみ)	①マイナポータル表示	×	×	×	×	×	×	マイナポータルをはじめ、マイナ保険証 の機能が一切ご利用できなくなりま す。
		②病院、薬局窓口での表示 (マイナンバーカードでの受診)	×	×	×	×	×	×	
		③病院、薬局窓口での表示 (資格確認書での受診)	○	×	×	×	×	×	医療機関従事者が、被保険者記号 番号をシステムに入力して住所情報 を検索・閲覧することはできません。

(※) その他に、保険者番号・名、資格得喪日、自己負担割合、限度額適用認定証、高齢受給者証、特定疾病受領証等の情報が含まれます