



事業、制度など

後期高齢者医療被保険者資格取得届出書の紛失

概要	市に届け出のあった「後期高齢者医療被保険者資格取得届出書」(6件分)が保険年金課事務所で紛失する事故が発生しました。
内容	令和6年9月13日(金)～24日(火)に処理を行った6件分を、本市職員が届出内容をシステムに入力した後、本来であればボックスファイルに綴り書類管理をすべきところ、不注意により紛失してしまったことで発生しました。 【紛失した届出書に記載されていた情報】 被保険者証番号、住所、氏名、個人番号、生年月日、性別、世帯主との関係、世帯主の情報(氏名、個人番号、生年月日、性別)、同世帯の被保険者の情報(被保険者番号、氏名)および届出人情報(氏名、住所、本人との関係、連絡先電話番号)
現段階での対応	<ul style="list-style-type: none">・保険年金課内を保険年金課および健康医療課職員で捜索・個人情報保護委員会へ速報報告・対象者へ個別に報告および謝罪
再発防止策	今回の事案を厳粛に受け止め、保険年金課内における個人情報の管理体制を見直し、個人情報の適切な取り扱いを再徹底してまいります。
問い合わせ先	健康部 保険年金課 保険年金係 TEL 046 (252) 7213 FAX 046 (252) 7043

後期高齢者医療被保険者資格 取得 (変更 ・ 喪失) 届出書

被保険者番号										証種類		□被保険者証 □短期証 □資格証	
項目		内容 (変更後)								変更前		異動事由	
被 保 険 者 本 人	フリガナ											事由 発生日	令和 年 月 日
	氏 名												
	個人番号											<input type="checkbox"/> 資格取得 <input type="checkbox"/> 県外からの転入 <input type="checkbox"/> 生活保護廃止 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 資格変更 <input type="checkbox"/> 市区町村内転居 <input type="checkbox"/> 住所地特例適用・変更 (解除) <input type="checkbox"/> 県内住所異動 (転入 ・ 転出) <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 資格喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 県外転出 <input type="checkbox"/> 生活保護該当 <input type="checkbox"/> その他 () 【各種証明書等の申請】 <input type="checkbox"/> 負担区分等証明書 <input type="checkbox"/> 被扶養者・障害認定・ 特定疾病認定証明書 <input type="checkbox"/> 資格喪失等証明書	
	生年月日	明・大・昭	性別	男・女									
	住 所												
	世帯主との関係												
資格取得、住所地特例、住所変更、世帯主変更の届出の場合に記入(世帯主が本人以外の場合)													
世 帯 主	フリガナ											<input type="checkbox"/> 資格取得 <input type="checkbox"/> 県外からの転入 <input type="checkbox"/> 生活保護廃止 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 資格変更 <input type="checkbox"/> 市区町村内転居 <input type="checkbox"/> 住所地特例適用・変更 (解除) <input type="checkbox"/> 県内住所異動 (転入 ・ 転出) <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 資格喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 県外転出 <input type="checkbox"/> 生活保護該当 <input type="checkbox"/> その他 () 【各種証明書等の申請】 <input type="checkbox"/> 負担区分等証明書 <input type="checkbox"/> 被扶養者・障害認定・ 特定疾病認定証明書 <input type="checkbox"/> 資格喪失等証明書	
	氏 名												
	個人番号												
	生年月日	明・大・昭・平	性別	男・女									
資格取得の届出の場合に記入													
同 世 帯 の 被 保 険 者	被保険者番号											<input type="checkbox"/> 資格取得 <input type="checkbox"/> 県外からの転入 <input type="checkbox"/> 生活保護廃止 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 資格変更 <input type="checkbox"/> 市区町村内転居 <input type="checkbox"/> 住所地特例適用・変更 (解除) <input type="checkbox"/> 県内住所異動 (転入 ・ 転出) <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 資格喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 県外転出 <input type="checkbox"/> 生活保護該当 <input type="checkbox"/> その他 () 【各種証明書等の申請】 <input type="checkbox"/> 負担区分等証明書 <input type="checkbox"/> 被扶養者・障害認定・ 特定疾病認定証明書 <input type="checkbox"/> 資格喪失等証明書	
	氏 名												
	被保険者番号												
	氏 名												
神奈川県後期高齢者医療広域連合長 (届出日) 令和 年 月 日 上記のとおり届出いたします。 (届出人) 氏 名 本人との関係 住 所 連絡先電話番号													

証交付 (月 日)	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口交付⇒本人確認書類 : <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 国保証 <input type="checkbox"/> 介護証 <input type="checkbox"/> その他 ()	
証回収 (月 日)	<input type="checkbox"/> 返信用封筒 <input type="checkbox"/> 窓口持参 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 ()	
		收受印