

個人情報ファイル簿（事前届出書）

ファイルの名称 (事務の名称)	特定健康診査対象者管理台帳ファイル (特定保健指導関係事務)					
事務をつかさどる 組織の名称	実施機関	市長				
	担当する組織の名称	保健相談センター				
ファイルの利用目的	国保連合会と連携して、特定保健指導事務を執行するため					
記録される個人の範囲	特定健康診査受診者					
記 録 項 目	基 本 的 事 項	<input type="checkbox"/> 個人番号	家 庭 生 活	<input type="checkbox"/> 家庭状況	心 身 の 状 況	<input type="checkbox"/> 健康・病歴
		<input type="checkbox"/> 個人識別符号		<input type="checkbox"/> 親族関係		<input type="checkbox"/> 障害
		<input checked="" type="checkbox"/> 氏名		<input type="checkbox"/> 婚姻歴		<input type="checkbox"/> 身体状況
		<input checked="" type="checkbox"/> 性別		<input type="checkbox"/> 居住状況		<input type="checkbox"/>
		<input checked="" type="checkbox"/> 生年月日・年齢		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input checked="" type="checkbox"/> 住所		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input checked="" type="checkbox"/> 電話番号		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 国籍・本籍		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 続柄		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	社 会 生 活	<input type="checkbox"/> 職業・職歴	資 産 ・ 収 入 等	<input type="checkbox"/> 資産状況	そ の 他 の 事 項	<input checked="" type="checkbox"/> 健診受診結果
		<input type="checkbox"/> 学業・学歴		<input type="checkbox"/> 収入状況		<input checked="" type="checkbox"/> 特定保健指導利 用券送付状況
		<input type="checkbox"/> 資格		<input type="checkbox"/> 課税状況		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 賞罰		<input type="checkbox"/> 納税状況		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 成績・評価		<input type="checkbox"/> 取引状況		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 公的扶助		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 振込先		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

記録情報の収集方法	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 本人以外	〔本人以外から収集する場合の方法〕 <input type="checkbox"/> 市の他部署（ ） <input checked="" type="checkbox"/> 市以外の行政機関（埼玉県国民健康保険団体連合会） <input checked="" type="checkbox"/> その他（医療機関等）
要配慮個人情報の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	※「要配慮個人情報」とは、 本人の人種、信条、社会的身分、病歴、犯罪の経歴、 犯罪により害を被った事実その他本人に対する不当な 差別、偏見その他の不利益が生じないようにその取扱いに特に配慮を要するものとして政令で定める記述等 が含まれる個人情報をいう。
特定個人情報の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	〔根拠法令等〕
記録情報を当該実施機関以外の者に経常的に提供する場合はその提供先	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	〔提供先の名称等〕
ファイルの別 <又は保有形態>	<input checked="" type="checkbox"/> 電算処理ファイル <input type="checkbox"/> マニュアル処理ファイル	
業務委託の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
<備考>		

.....
.....
..... 開示、訂正等の請求を受理
..... する組織の名称及び所在地
.....
.....

〒350-1292
埼玉県日高市大字南平沢1020番地
日高市立保健相談センター