

個人情報の種類		個人情報の内容
被 保 険 者	被保険者適用情報	ID、保険者番号及び被保険者等記号・番号、氏名、生年月日、性別、資格取得日、資格喪失日、標準報酬月額、報酬実績、被扶養者の有無、職種、住所、事業所名・所在地・電話番号・事業主氏名、資格喪失事由、産前産後休業・育児休業の開始終了年月日、介護保険適用区分、変更年月日、事由、個人番号
	任意継続被保険者適用情報	ID、保険者番号及び被保険者等記号・番号、氏名、生年月日、性別、資格取得日、資格喪失日、資格喪失時の標準報酬月額、被扶養者の有無、住所、電話番号、振込口座、介護保険適用区分、変更年月日、事由、個人番号
	被保険者レセプト情報	本人・家族区分、診療区分、保険者番号、記号・番号、給付割合、診療年月、府県コード、医療機関コード、氏名、性別、生年月日、特記事項、職務上の事由、医療機関の名称・所在地、診療科、傷病名、診療開始日、転帰、診療実日数、決定点数、公費点数、一部負担金額、患者負担金額、外来負担金額、入院負担金額、高額療養費金額、薬剤負担金額、薬剤負担金額公費分、食事療養日数、食事療養日数公費分、食事療養決定額、食事療養決定額公費分、食事療養標準負担額、食事療養標準負担額公費分、診療内容、画像（レセプト画像）
	被保険者健康診査情報	ID、記号・番号、本人・家族区分、被保険者及び被扶養者氏名、生年月日、性別、続柄、住所、電話番号、事業所名・所在地・電話番号・担当者氏名、事業所社員コード、健診種別、受診費用、健診未実施項目、健診種目名、健診受診日、健診機関名・所在地・電話番号、検査項目・結果、画像（レントゲン写真、エコー、眼底）、相談・指導内容、所見、疾病既往歴、家族既往歴、生活状況、自覚症状、配偶者の有無、服用薬剤名、医師・保健師・管理栄養士・看護師・放射線技師名、受診費用、振込口座、請求金額

	被保険者現金給付情報	記号・番号、氏名、生年月日、住所、電話番号、振込口座、事業所名・所在地・事業主氏名、医療機関名・所在地・電話番号、受診年月、傷病名、傷病の原因・経過、手当の内容・費用、資格取得日、資格喪失日、給与所得、基礎年金番号、障害年金番号、年金受給年月日、医療費助成制度名、年金額、医療費、診療実日数、入院期間、装具装着日、装具購入費用、前年度所得(非課税者のみ)、移送費用、労務不能期間・給与・出勤状況、出産(予定)日、出生児数、出生児名、続柄、医師・助産師名、生産死産の別、死亡年月日、死亡原因(病名)、埋葬に要した費用(埋葬費のみ)、受取代理人氏名・住所・電話番号・振込口座、発病・負傷年月日、業務の種別
	被保険者柔道整復情報	記号・番号、氏名、生年月日、性別、住所、施術柔道整復師名、施術所名・所在地・電話番号、柔道整復師登録番号、公費負担者番号、公費負担医療の受給者番号、施術年月日、施術金額、傷病名、負傷の原因・経過、施術内容、合計額、一部負担金額、請求額、振込先口座
被扶養者	被扶養者適用情報	ID、保険者番号及び被保険者等記号・番号、氏名、生年月日、性別、被保険者との続柄、職業(学校名)、収入額、同居別居の別、住所、扶養理由、認定日、削除日、個人番号、配偶者収入額
	被扶養者レセプト情報	被保険者レセプト情報と同じ
	被扶養者健康診査情報	被保険者健康診査情報と同じ
	被扶養者現金給付情報	記号・番号、氏名、生年月日、被保険者との続柄、振込口座、受診医療機関名、受診年月、傷病名、傷病の原因・経過、発病・負傷年月日、手当の内容・費用、前年度所得(非課税者のみ)、医療費、装具装着日、装具購入費用、出産(予定)日、出生児数、出生児名、続柄、生死産の別、医師・助産師名、死亡年月日、死亡原因(病名)、埋葬に要した費用(埋葬費のみ)、受取代理人氏名・住所・電話番号・振込口座

	被扶養者柔道整復情報	記号・番号、被保険者及び被扶養者氏名、生年月日、性別、住所、施術柔道整復師名、施術所名・所在地・電話番号、柔道整復師登録番号、施術年月日、施術金額、傷病名、負傷の原因・経過、振込先口座、被保険者との続柄
福祉事業（診療所）	ID、保険者番号及び被保険者等記号・番号、氏名、生年月日、性別、住所、電話番号、本人・家族区分、資格取得日、保険者名称・所在地、勤務先名称・所在地・電話番号、診療年月日、科目、傷病名・症状、治療方法、処方薬名・服用方法、検査年月日、画像（レントゲン写真、エコー、眼底）撮影年月日、保険会社名・所在地・電話番号・担当者氏名、加害者氏名・住所・電話番号、請求者氏名・住所・電話番号・生年月日、続柄	
保健事業	ID、記号・番号、氏名、年齢、性別、住所、電話番号、事業所名・所在地・電話番号・事業主氏名、利用施設名・利用年月日、続柄、就学種別、費用、代理人氏名、医療機関名・所在地・電話番号、予防接種日、振込口座、渡航先・目的・滞在期間、配布薬名、健康管理者名、生年月日、メールアドレス	
第三者行為	記号・番号、氏名、住所、事業所名・所在地・電話番号、被保険者との続柄、事故内容、加害者氏名・生年月日・住所・電話番号、加害者勤務先名・所在地・電話番号・職業、自動車保険加入状況	