

個人の申出者様、担当者様（取扱者様）および代理人様の確認 ならびに 所属の確認等にかかる書類のご提出に関するお願い

匿名医療保険等関連情報データベース（NDB）の提供に際しまして、個人の申出者様、担当者様および代理人様（取扱者様）の 氏名、生年月日および住所を確認できる書類 ならびに 所属を確認できる書類 のご提出（*）をお願いしております。

* 匿名医療保険等関連情報データベース（NDB）の利用に関するガイドライン（第3版 令和6年11月改正）

5 提供申出書の記載事項

（略）

（2）手続担当者、代理人

手続担当者、代理人の氏名、生年月日、住所、職業、所属機関名・部署名・職名、電話番号、E-mail アドレスを記載し、手続担当者及び代理人の氏名、生年月日及び住所等を確認できる書類のコピーを提出すること。確認書類は、申出日に有効な「マイナンバーカード」「運転免許証」「運転経歴証明書」「在留カード」又は「特別永住証明書」のいずれかとし、いずれも提出できない場合は、氏名、生年月日及び住所が確認できる住民票の写し、年金手帳等の書類2種類以上を提出すること。また、手続担当者が提供申出者の機関に所属していることを証明する書類を提出すること。

（3）提供申出者の情報

提供申出者が公的機関の場合、名称、担当する部局、所在地及び電話番号を記載し、所属する取扱者1名以上について、身分証明書及び当該機関に所属していることを証明する書類を提出すること。提供申出者が法人等の場合、名称、所在地、法人番号、当該法人等の代表者（例：学長、理事長、社長、大臣）又は管理者（例：担当理事、担当役員、局長）の氏名、職名及び電話番号を記載すること。

確認に用いることができる書類

個人の申出者様、担当者様（取扱者様）および代理人様 または 所属の確認に用いることができる書類は、以下の通りです。

個人の申出者様、担当者様（取扱者様） および 代理人様の確認 （別添1-1）

本人確認書類	条件・ご注意 等
<ul style="list-style-type: none">・ 運転免許証・ 運転経歴証明書・ 個人番号カード（マイナンバーカード）・ 在留カード・ 特別永住証明書	左記の 顔写真付き 本人確認書類から 1点 のご提出をお願いいたします。
<ul style="list-style-type: none">・ 住民票の写し・ 住民票の記載事項証明書・ 各種健康保険証・ 各種年金手帳	上記の顔写真付き本人確認書類を提出できない場合、左記の書類から 2種類以上 のご提出をお願いいたします。

所属の確認 (別添1-2)

所属確認書類	条件・ご注意 等
<ul style="list-style-type: none"> ・職員証、社員証 等 ・在職証明書、在籍証明書 等 	左記の書類から 1点 のご提出をお願いいたします。

提出する書類の注意事項

以下の注意事項を良くお読みいただいた上で、氏名、生年月日および住所 または 所属先名 が鮮明に見えるようにコピーをご用意ください。

個人の申出者様、担当者様（取扱者様） および 代理人様の確認 (別添1-1)

本人確認書類	条件・ご注意 等
運転免許証 国際免許証は除く	記載事項の変更の有無にかかわらず、 両面 のコピーを提出してください <input type="checkbox"/> 運転免許証番号 および 臓器提供意思表示欄 が マスキング されていること <input type="checkbox"/> 有効期限内 であること <input type="checkbox"/> 記載事項の変更がある場合、裏面の 公安印 も鮮明に見えること
運転経歴証明書 運転記録証明書 および 運転免許経歴証明書は除く	記載事項の変更の有無にかかわらず、 両面 のコピーを提出してください <input type="checkbox"/> 2012年4月1日以降 に発行されたものであること <input type="checkbox"/> 記載事項の変更がある場合、裏面の 公安印 も鮮明に見えること
個人番号カード (マイナンバーカード) 個人番号通知カードは除く	表面のみ のコピーを提出してください (「個人番号」が記載された 裏面は提出不要 です。) <input type="checkbox"/> 臓器提供意思表示欄 および 性別 が マスキング されていること
特別永住証明書 在留カード	記載事項の変更の有無にかかわらず、 両面 のコピーを提出してください <input type="checkbox"/> 性別 が マスキング されていること <input type="checkbox"/> 有効期限内 であること
住民票の写し 住民票の記載事項証明書	原本 または 原本を画像化したもの を提出してください <input type="checkbox"/> 「 本籍地 」および「 個人番号(マイナンバー) 」の記載がない または マスキング されていること 【必須】 <input type="checkbox"/> 性別 が マスキング されていること <input type="checkbox"/> 発行日から 6ヶ月以内 であること <input type="checkbox"/> 公印が別ページにある場合は、 公印があるページも提出 すること
各種健康保険証	両面 のコピーを提出してください(カード型の場合) <input type="checkbox"/> 記号、番号、枝番 および 二次元(QR)コード が マスキング されていること 【必須】 <input type="checkbox"/> 臓器提供意思表示欄 および 性別 が マスキング されていること <input type="checkbox"/> 有効期限の記載がある場合は、 有効期限内 であること
各種年金手帳	氏名、生年月日 および 住所 が記載されたページのコピーを提出してください <input type="checkbox"/> 基礎年金番号 が マスキング されていること 【必須】 <input type="checkbox"/> 性別 が マスキング されていること

所属の確認 (別添1-2)

所属確認書類	条件・ご注意 等
職員証、社員証 等	<input type="checkbox"/> 有効期限内であること (※) <input type="checkbox"/> 性別が記載されている場合、 マスク されていること
在職証明書、在籍証明書 等	<input type="checkbox"/> 代表者印が鮮明に見えること <input type="checkbox"/> 発行日から 3ヶ月以内 であること

※ 有効期限の印字がないと認められません。その場合は在籍証明書をご提出ください。

【図：健康保険の被保険者証のマスク例】

健康保険 被保険者証		本人 (被保険者)	
		令和〇〇年〇〇月〇〇日交付	
記号	■■■■■	番号	■■■■■ (枝番) ■■■
氏名	〇〇 〇〇〇		
生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日		二次元コードがある場合は裏マスク
性別	■		
資格取得年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		■■■■■
事業者名称	〇〇〇〇株式会社		
保険者番号	■■■■■		
保険者名称	全国〇〇健康保険協会	〇〇支部	
保険者所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇ー〇		印