

個人情報・特定個人情報ファイル簿		作成(修正)年月日	平成29年 8月22日	
		実施機関の名称	奈良市長	
ファイルの名称	結核医療費公費負担申請書綴			
ファイルが利用に供される 事務をつかさどる組織の名称	保健予防課			
ファイルの利用目的	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に基づく業務を行うため			
特定個人情報の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1,000件以上 <input type="checkbox"/> 1,000件未満	<input checked="" type="checkbox"/> 個人番号 <input type="checkbox"/> 識別番号	特定個人情報の保有開始年月日 [平成28年4月1日]
記 録 項 目	基 本 的 事 項 <input checked="" type="checkbox"/> 氏名 <input checked="" type="checkbox"/> 性別 <input checked="" type="checkbox"/> 年齢・生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 住所 <input checked="" type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> 本籍・国籍 <input checked="" type="checkbox"/> 続柄	家 庭 生 活 <input type="checkbox"/> 親族関係 <input type="checkbox"/> 婚姻歴 <input type="checkbox"/> 家庭状況 <input type="checkbox"/> 居住状況 <input type="checkbox"/> 趣味 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	社 会 生 活 <input checked="" type="checkbox"/> 職業・職歴 <input checked="" type="checkbox"/> 学業・学歴 <input type="checkbox"/> 資格 <input type="checkbox"/> 賞罰 <input type="checkbox"/> 成績・評価 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	そ の 他 の 事 項 <input type="checkbox"/> 映像・画像・音声 <input checked="" type="checkbox"/> 健康診断以外の方法で入手した身体情報 <input checked="" type="checkbox"/> 加入健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関名 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	資 産 ・ 収 入 等 <input type="checkbox"/> 資産状況 <input type="checkbox"/> 収入状況 <input type="checkbox"/> 納税状況 <input type="checkbox"/> 取引状況 <input type="checkbox"/> 公的扶助 <input type="checkbox"/> 預金口座番号 <input checked="" type="checkbox"/> 課税状況	個 人 識 別 符 号 <input type="checkbox"/> 旅券番号 <input type="checkbox"/> 運転免許証番号 <input type="checkbox"/> 健康保険証番号 <input type="checkbox"/> 住民票コード <input type="checkbox"/> 静脈認証データ等 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
要配慮個人情報の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 保有している <input type="checkbox"/> 保有していない	<input type="checkbox"/> 人種 <input type="checkbox"/> 宗教・思想・信条 <input type="checkbox"/> 社会的身分 <input type="checkbox"/> 犯罪歴 <input type="checkbox"/> 犯罪による被害の事実 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 障がい <input checked="" type="checkbox"/> 病歴 <input type="checkbox"/> 健康診断の結果 <input checked="" type="checkbox"/> 診療内容・指導、調剤内容 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
記 録 範 囲	医療機関から結核発生届を提出された者及び結核公費負担申請者			
記録情報の収集方法	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外	[本人以外の場合の根拠等]		
記録情報の当該実施機関以外の者への経常的な提供先	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	[提供先の名称等] 厚生労働省		
保有開始年月日	平成28年1月1日			
ファイルの別	<input type="checkbox"/> [電子計算機処理ファイル] に該当 <input checked="" type="checkbox"/> [マニュアル処理ファイル] に該当			
		[重複ファイル]の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		