



Healthcare Identifiers Service Individual Healthcare Identifier の新規取得または登録情報 の修正申請書 (MS003)

本用紙の使用が必要な場合

ご本人、または保護者として責任のある 14 歳未満のお子さまのために、個人ヘルスケア識別番号 Individual Healthcare Identifier (IHI) を取得する必要があり、かつ以下のいずれかに該当する場合は、この用紙をご使用ください。

- Medicare の対象ではない
- Department of Veterans' Affairs (DVA) から年金や給付金を受ける資格がない

すでに IHI をお持ちで、上記のいずれかに該当する場合には、ご本人（または扶養されているお子さま）の個人情報を修正する際にも、本用紙をご使用いただけます。

14 歳以上の方は、本用紙を使用して、ご自身で IHI を申請することができます。

申請の際には、オーストラリア国内に滞在している必要があります。

重要な情報

申請の結果については、書面にてご連絡いたします。

Healthcare Identifiers (HI) Service

HI サービスは、個人および医療提供者に対し、統一された識別番号を提供しています。Healthcare Identifiers は、治療を受ける本人の正しい記録を特定するために使用されます。これにより、医療提供者間で健康情報をより正確に共有できるようになります。

Healthcare Identifiers Act 2010（2010 年ヘルスケア識別番号法）については、下記のウェブサイトをご参照ください。
legislation.gov.au

Individual healthcare identifiers

IHI とは、オーストラリアにおいて医療目的で個人を特定するために使用される、16 桁の固有番号です。

この識別番号には、臨床情報が一切関連付けられていません。また、医療を受ける際にご自身の IHI を記憶しておく必要はありません。

14 歳未満の方の IHI を申請される際には、保護者または親権者の住所が使用されます。

My Health Record

My Health Record とは、健康情報をオンライン上でまとめた記録です。本人および医療提供者は、いつでもこの記録にアクセスすることができます。

My Health Record は、以下の場合に取得できます。

- ご自身の場合：IHI を取得した後
- 14 歳未満のお子さまの場合：お子さまの IHI を取得した後。

詳細については、digitalhealth.gov.au にアクセスしてください

本人確認書類

IHI の申請または個人情報の修正を行う場合は、一次身分証明書の原本証明コピーを 1 点、または二次身分証明書の原本証明コピーを 2 点提出する必要があります。これらの書類に記載されている氏名は、すべて一致している必要があります。提出書類は、申請時点での最新の情報を反映したものでなければなりません。

書類が認証されていない場合は、申請を受け付けることができません。書類の認証方法については、ウェブサイトをご参照ください。servicesaustralia.gov.au/ihi

一次身分証明書

- オーストラリアのパスポート
- 有効なオーストラリアのビザが付与された外国のパスポートまたは渡航文書
- オーストラリアの運転免許証
- 連邦政府、州政府または準州政府が発行した写真付き身分証明書
- オーストラリアの出生証明書

二次身分証明書

- Department of Foreign Affairs and Trade (DFAT) 発行の国連条約に基づいた渡航文書
- 外国政府発行の書類（例：運転免許証など）
- オーストラリアで発行された警備員・群衆整理業務用の写真付きライセンス
- DFAT 発行の領事館職員用写真付き身分証明書
- オーストラリアの高等教育機関が発行した写真付き学生身分証明書
- オーストラリアの中等教育機関が発行した写真付き学生身分証明書
- オーストラリアの大学が発行した成績証明書の原本証明コピー
- オーストラリアの銀行または金融機関のカード

ご本人またはお子さまの個人情報（性別や電話番号などの連絡先情報を除く）を修正する場合は、変更内容を証明する書類の原本証明コピーを、以下のいずれか 1 点ご提出ください。

- 氏名変更証明書
- 結婚証明書
- オーストラリアのパスポート
- 有効なオーストラリアのビザが付与された外国のパスポートまたは渡航文書。

詳細情報の確認方法

以下をご利用ください。

- servicesaustralia.gov.au/ihi にアクセスする
- healthcareidentifiers@servicesaustralia.gov.au へメールを送る

保護されていないネットワークやメールを通じて個人情報を送信する場合、リスクが生じる可能性があります。

- 1300 361 457 に電話してサポートを受けるか、無料の通訳サービスをご依頼ください。受付時間は、月曜日から金曜日の午前 8 時 30 分から午後 5 時まで（オーストラリア東部標準時）です。

Filling in this form

You can complete this form on your computer using Adobe Acrobat Reader, or you can print it.

For help on how to fill in our forms, go to servicesaustralia.gov.au/formhelp

If you have a printed form:

- Use black or blue pen.
- Print in BLOCK LETTERS.
- Where you see a box like this ☐ ► **Go to 1** skip to the question number shown.

Applicant's details

1 Dr ☐ Mr ☐ Mrs ☐ Miss ☐ Ms ☐ Mx ☐ Other

Family name

First given name

Second given name

2 Your date of birth (DD MM YYYY)

3 Individual Healthcare Identifier (if applicable)

4 Your gender

Male ☐

Female ☐

Non-binary ☐

Indeterminate or intersex ☐

Prefer not to say ☐

5 Your sex at birth

Male ☐

Female ☐

Intersex ☐

6 Your residential address in Australia

Postcode

Your postal address in Australia (if different to above)

Postcode

Your previous residential address in the last 3 years

Postcode

7 Daytime phone number (including area code)

Mobile phone number

Email

8 I would like to:

Tick one only

get an IHI for myself ☐ ► **Go to 12**

get an IHI for a dependent child
younger than 14 years of age ☐ ► **Go to 9**

amend my personal details for an existing IHI ☐ ► **Go to 11**

amend personal details for an existing IHI
connected to a child younger than
14 years of age ☐ ► **Go to 10**

If you need to select more than one option, provide a separate form.



MCA0MS003 2512

Request an IHI for a dependent child

- 9 Do you have parental responsibility for this child(ren)?

No ☐ As you do not have parental responsibility for the child(ren), you cannot request an IHI for them.

Yes ☐ Give details

Child 1 details

Family name

First given name

Second given name

Date of birth (DD MM YYYY)

Gender Male ☐ Female ☐ Non-binary ☐

Indeterminate or intersex ☐ Prefer not to say ☐

Sex at birth Male ☐ Female ☐ Intersex ☐

Child 2 details

Family name

First given name

Second given name

Date of birth (DD MM YYYY)

Gender Male ☐ Female ☐ Non-binary ☐

Indeterminate or intersex ☐ Prefer not to say ☐

Sex at birth Male ☐ Female ☐ Intersex ☐

If you would like to request an IHI for more than 2 dependent children, provide a separate form.

Go to 12

Request to amend personal details associated with your or your dependent child's IHI

Use separate forms if you need to amend personal details connected to more than one person.

10 Existing personal details

Dr ☐ Mr ☐ Mrs ☐ Miss ☐ Ms ☐ Mx ☐ Other ☐

Family name

First given name

Second given name

Date of birth (DD MM YYYY)

Gender Male ☐ Female ☐ Non-binary ☐

Indeterminate or intersex ☐ Prefer not to say ☐

Sex at birth Male ☐ Female ☐ Intersex ☐

Your residential address in Australia

Postcode

Your postal address in Australia (if different to above)

Postcode

Daytime phone number (including area code)

Mobile phone number

Email

Go to next question

11 New personal details (only provide details that have changed)

Dr <input type="checkbox"/>	Mr <input type="checkbox"/>	Mrs <input type="checkbox"/>	Miss <input type="checkbox"/>	Ms <input type="checkbox"/>	Mx <input type="checkbox"/>	Other <input type="checkbox"/>
Family name						
<input type="text"/>						
First given name						
<input type="text"/>						
Second given name						
<input type="text"/>						
Date of birth (DD MM YYYY)						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gender	Male <input type="checkbox"/>	Female <input type="checkbox"/>	Non-binary <input type="checkbox"/>	Indeterminate or intersex <input type="checkbox"/>	Prefer not to say <input type="checkbox"/>	
Sex at birth	Male <input type="checkbox"/>	Female <input type="checkbox"/>	Intersex <input type="checkbox"/>			
Your residential address in Australia						
<input type="text"/>						
<input type="text"/>						
<input type="text"/>						
Postcode						
<input type="text"/>						
Your postal address in Australia (if different to above)						
<input type="text"/>						
<input type="text"/>						
<input type="text"/>						
Postcode						
<input type="text"/>						
Daytime phone number (including area code)						
<input type="text"/>						
Mobile phone number						
<input type="text"/>						
Email						
<input type="text"/>						

► Go to next question

プライバシーに関するお知らせ

12 個人情報とは、Privacy Act 1988 および Healthcare Identifiers Act 2010 などの法律により保護されています。これらの情報は、Healthcare Identifiers Service の運営に関連する目的のために、Services Australia および Healthcare Identifiers Service の運営者によって収集されます。申請手続きを進めるにあたり、当該情報の収集が求められます。

この情報は、申請者の同意がある場合、または法令に基づき必要または許可されている場合（調査や研究の目的を含む）に、当局が使用したり、他の関係機関へ提供されることがあります。

Services Australia による個人情報の取扱いやプライバシーポリシーの詳細については、ウェブサイトをご参照ください。servicesaustralia.gov.au/privacypolicy

申請者の宣誓

13 私は、以下の内容を誓約します。

- 本申請に必要な原本証明コピーを添付しました
- 本用紙に記載した 14 歳未満の子どもについて、私はその保護者としての責任を有しています
- 本用紙に記載した情報は、すべて正確かつ完全なものです。

私は以下について理解しています。

- 本用紙で申請または更新する Individual Healthcare Identifier に基づいて、Medicare 給付金または医薬品給付を請求する資格はありません
- 虚偽または誤解を招くような情報を提供することは、重大な犯罪です。

申請者の署名



日付（日 月 年）

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

本用紙の返送

本用紙および必要書類は、以下のいずれかの方法でご提出ください。

- **Eメール** : healthcareidentifiers@servicesaustralia.gov.au
個人情報をセキュリティが十分でないネットワークやメールで送信する場合、リスクが伴うことがあります。
- 下記へ郵送

Services Australia
eBusiness Service Centre
PO Box 9822
BRISBANE QLD 4000