

国民健康保険被保険者証の交付終了について

- 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（番号法）の改正により、令和6年12月2日より国民健康保険被保険者証（保険証）の交付が終了し、マイナ保険証を基本とした仕組みが開始
- すでに交付された保険証についてはその有効期限（当市は最長で令和7年9月30日）まではこれまで同様に使用可能
- 保険証の有効期限内に、マイナ保険証の保有状況に応じ、「資格確認書」または「資格情報のお知らせ」を被保険者に交付
- マイナ保険証の有状況に応じた基本的な医療機関の受診方法と交付物については表1、表2、表3を参照

表1 マイナ保険証の保有状況に応じた医療機関の受診方法と交付物

マイナ保険証の保有状況	該当する方	医療機関を受診する方法
持っていない	<p>◆マイナンバーカードを取得していない方</p> <p>◆マイナンバーカードを取得したが保険証利用登録をしていない方</p>	<p><u>資格確認書</u>を使って受診</p> <p>※有効期限内の保険証を使っての受診も可能</p> <p>※保険証の有効期限内に申請不要で「資格確認書」を送付</p>
持っている	<p>◆マイナンバーカードを取得していて保険証利用登録をした方</p> <p>※マイナンバーカードの取得及び保険証利用登録は任意</p>	<p><u>マイナ保険証</u>を使って受診</p> <p>マイナ保険証が使用できない環境では<u>資格情報のお知らせ</u>等を併せて使い受診</p> <p>※有効期限内の保険証を使っての受診も可能</p> <p>※保険証の有効期限内に申請不要で「資格情報のお知らせ」を送付</p>

表2 資格確認書について

様式(別紙1)	サイズ	カード型
	材質	ピーチコート
	色	都の色サイクルに従う
記載事項	<ul style="list-style-type: none"> ・必須記載事項のみ記載 ・任意事項は記載せず、各種証は現行どおり別途交付 	
有効期限	2年	
更新時期	10月更新	
高齢受給者証	交付する	

表3 資格情報のお知らせについて

様式(別紙2)	サイズ	A4
	材質	紙
記載事項	<ul style="list-style-type: none"> ・氏名、記号番号、資格取得日等 ・負担割合、発効期日、有効期限(70歳以上の被保険者) 	
有効期限	70歳以上1年 70歳未満なし	
更新時期	・8月更新(70歳以上の被保険者)	

- ・新規加入者(社会保険離脱・転入等)への対応について
加入手続き時はシステムの仕様上、利用登録状況を即時に把握することができない。また、申請者からの聞き取りも正確性を欠く場合があると想定される。そのため、新規加入者に対しては、暫定的に資格確認書を交付する。
- ・要配慮者への対応について
要介護者や障害者等、介助者が同行して資格確認を補助する必要があるなどマイナ保険証での受診が困難な場合、申請により資格確認書を交付する。
- ・DV被害者等の情報閲覧制限設定者への対応について
DV被害者等で、情報閲覧制限設定者については資格確認書を交付する。
- ・マイナンバーカードの紛失、更新への対応について
マイナンバーカードを紛失した方、更新中の方については申請により資格確認書を交付する。
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れへの対応について
電子証明書の有効期限経過後3か月間はマイナ保険証として利用可能となっており、3か月経過後も更新が確認できない場合は資格確認書を交付する。
- ・マイナ保険証利用登録解除への対応について
マイナ保険証の利用登録解除(紐づけ解除)申請が可能となった。申請者には資格確認書を交付する。

(表 面)

○ ○ 都道府県 国民健康保険 資格確認書	有効期限 年 月 日 発効期日 年 月 日						
記号	番号 (枝番)						
氏名	性別						
生年月日	年 月 日 負担割合 割						
適用開始年月日	年 月 日						
交付年月日	年 月 日						
世帯主氏名							
住所							
保険者番号	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
交付者名	印						

(裏面)

備考
※ 以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思を表示することができます。記入する場合は、1から3までのいずれかの番号を○で囲んでください。
1. 私は、 <u>脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植の為に臓器を提供します。</u> 2. 私は、 <u>心臓が停止した死後に限り、移植の為に臓器を提供します。</u> 3. 私は、 <u>臓器を提供しません。</u> 《1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。》
【 心臓・肺・肝臓・腎臓・脾臓・小腸・眼球 】
[特記欄： 署名年月日： 年 月 日] 本人署名（自筆）： 家族署名（自筆）：

資格情報のお知らせ

(交付者名)
(保険者番号)

あなたの加入する健康保険の資格情報を下記のとおりお知らせします。

なお、このお知らせのみでは受診できません。

記号	000	番号	00000000 (枝番) 00
氏名	佐藤 太郎		
フリガナ	サトウ タロウ		
負担割合 (70歳以上のみ記載)	○割		
適用開始年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日		
交付年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		

※ 70歳以上の場合は、負担割合のほか、有効期限、発効期日を記載。(下部の切り取り箇所も同様)

スマートフォンをお持ちの方は、以下のQRコードからマイナポータルにログインすることで、ご自身の健康保険の資格情報を確認することができます。ぜひご活用ください。

- マイナポータルへのアクセス・ダウンロードはこちら -



マイナ保険証の読み取りができない例外的な場合については、スマートフォンの資格情報画面をマイナ保険証とともに医療機関等の受付で提示することで受診いただけます（スマートフォンをお持ちでない方は、この文書をマイナ保険証とともに医療機関等の受付で提示することで受診いただけます）。

下部を切り取ってご利用いただくこともできます
(このお知らせのみでは受診できません)

資格情報のお知らせ

令和〇〇年〇〇月〇〇日発行
(交付者名)
(保険者番号)記号 000 番号 00000000 (枝番) 00
氏名 佐藤 太郎
負担割合 ○割 (70歳以上のみ記載)

受診の際にはマイナ保険証があわせて必要です