

資格情報のお知らせに関するQ & A

No.	質問	回答
1	資格情報のお知らせ送付の目的は。	令和6年12月2日以降健康保険証廃止後に、健康保険組合への保険給付の申請や各種申し込みの申請をする際に必要となる健康保険の資格情報（記号・番号等）と、健保組合のデータベースに登録されている個人番号（マイナンバー）下4桁を記載し、全ての加入者に安心して「マイナ保険証（※）」を使用いただけるよう確認するためのお知らせとなっております。 (※) 保険証の利用登録を行ったマイナンバーカード
2	資格情報のお知らせを受け取ったら何か手続きをする必要はあるのか。	手続き等は不要ですが、記載されているマイナンバー（個人番号）下4桁に間違いが無いかの確認をしていただき大切に保管しておいてください。 もし、間違いがあれば速やかに健保組合まで連絡をお願いします。
3	資格情報のお知らせは何に使うのか。	医療機関にカードリーダーがない時や、不具合で使用できないときにマイナンバーカードと資格情報のお知らせをセットで提示することで保険診療を受けることができます。ただし、資格情報のお知らせのみでは受診することはできません。 また、健康保険組合への保険給付の申請や各種申し込みの申請をするときに必須の記号・番号を資格情報のお知らせで確認することができます。
4	資格情報のお知らせの配布対象者は。	令和6年8月2日時点で当健保組合に加入している被保険者・被扶養者で個人番号（マイナンバー）登録が済んでいる方が対象となります。個人番号未登録者（健保組合へ未届）や海外勤務により住民票登録がないことから個人番号が未付番の方、令和6年8月3日以降の加入者は今回の送付対象に含まれておりません。その方へは個人番号登録が済んでいれば令和6年12月中旬頃に送付予定となります。

資格情報のお知らせに関するQ & A

No.	質問	回答
7	資格情報のお知らせを携帯していなくても、スマホのマイナポータルにアクセスして「健康保険情報」を提示すれば、保険診療を受けることは可能か。	マイナ保険証の読み取りができない場合、マイナポータルの「私の情報」やマイナポータルからダウンロードした資格情報画面をマイナ保険証とともに提示することで受診可能です。また、上記の提示ができない場合は、被保険者資格申立書（別紙）を記載することで保険診療が可能です。
8	資格情報のお知らせを、き損や紛失等により再交付依頼をしたい場合はどうすればよいか。	現時点では再交付はできませんので、保有している保険証で記号・番号等の確認をしてください。（12月2日以降に再交付申請できる予定です。）

被保険者資格申立書（サンプル）・・・医療機関等窓口で記入

別紙様式

サンプル

被保険者資格申立書

有効な保険証の交付を受けており、医療保険等の被保険者資格について、下記の通り申し立てます。

※ 以下の各項目に可能な範囲で記入いただき、口には、あてはまる場合に「✓」を記入してください。なお、本申立書に記入いただいた情報は、医療機関等の診療報酬請求等に必要な範囲でのみ使用し、診療報酬請求等の請求・支払等に係る必要な事務を終えた段階で、速やかに廃棄します。

1 保険証等に関する事項

保険証の有無	<input type="checkbox"/> 有効な保険証の交付を受けている
保険種別	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> わからない
保険者等名称	
事業所名 ^{※1}	
保険証の交付を受けた時期	<input type="checkbox"/> 1か月以内 <input type="checkbox"/> それより前 <input type="checkbox"/> わからない (わかる範囲でご記入ください。)
一部負担金の割合 ^{※2}	<input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> わからない

※1 保険種別で社保（保険者が健康保険組合、共済組合、全国健康保険協会の場合）、国保（保険者が国民健康保険組合の場合のみ）、その他（自衛官・公費単独医療の場合）、わからないの口に「✓」を記入された場合は、事業所名（お勤め先の会社名等）の記入をお願いします。

※2 70歳以上の方、または後期高齢者医療の被保険者の方は、一部負担金の割合についてもご記入ください。なお、ご記入いただいた一部負担金の割合が実際と異なっていた場合、後日、保険者から差額を請求等させていただく場合があります。

2 マイナンバーカードの券面事項等

氏名	(フリガナ)
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	
	----- ※3 マイナンバーカードの券面に記載された住所以外の居所がある場合はこちらにご記入ください。

※4 マイナンバーカードの券面に記載された氏名、生年月日、性別、住所をそのまま記入いただくとともに、氏名のフリガナも併せてご記入ください。また、マイナンバーカードの券面に記載された住所以外の居所がある場合は、住所欄に併せてご記入ください。

年 月 日

署名 _____ (患者との関係^{※5}： _____)

連絡先電話番号 _____

※5 (患者との関係)欄は、保護者の方等が署名された場合にご記入ください。