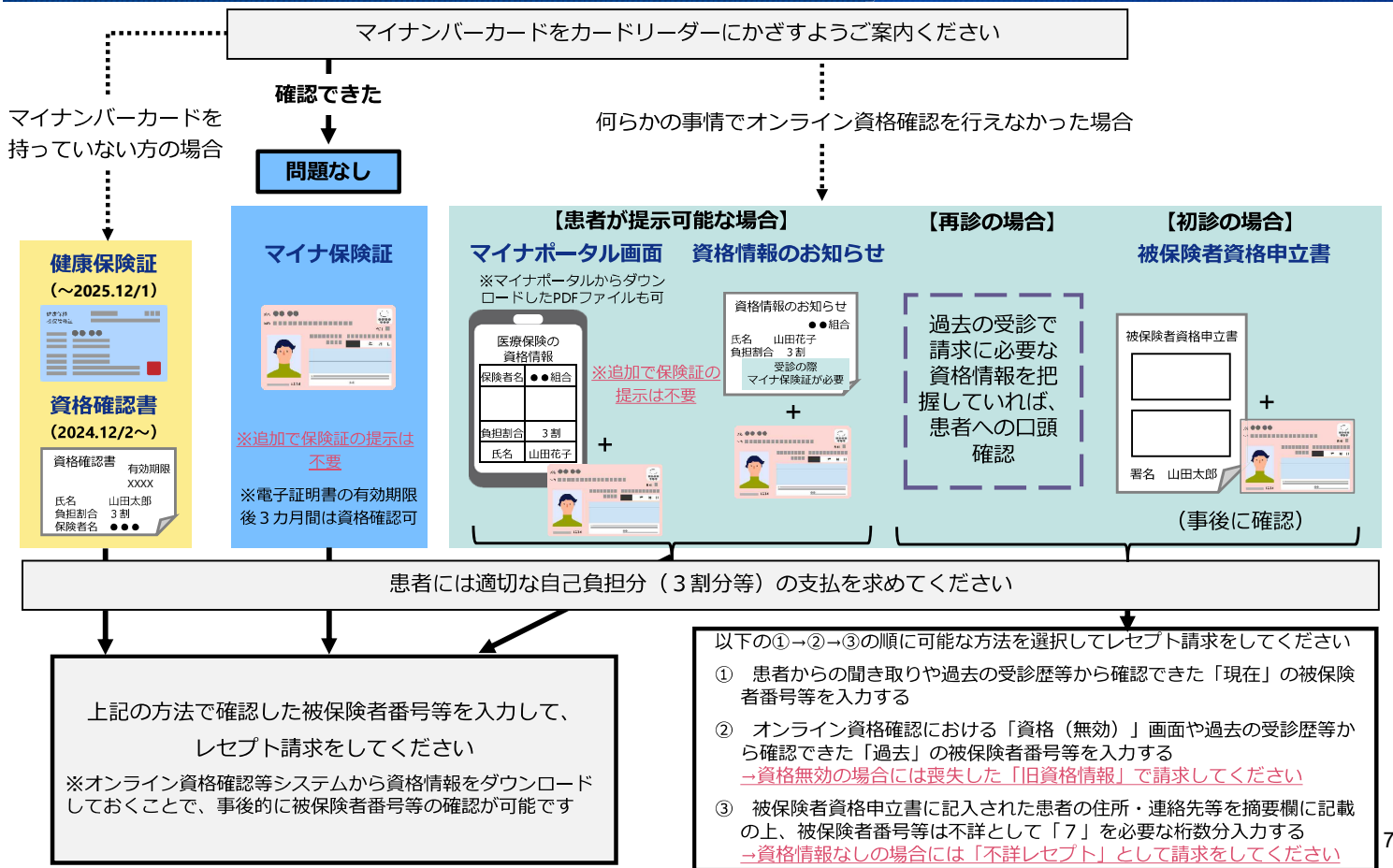


# 医療機関・薬局での資格確認とレセプト請求（令和6年12月2日以降の取扱い）



## マイナンバーカードによるオンライン資格確認を行うことができない場合の対応（令和6年12月2日以降の取扱い）

R5.7.10発出通知別添1（一部改変）

有効な保険資格を有する方がマイナンバーカードを提示した際に適切な自己負担分（3割分等）の支払で必要な保険診療を受けられるようにするため、以下のご協力をお願いします。

### 【患者の皆様へのお願い】

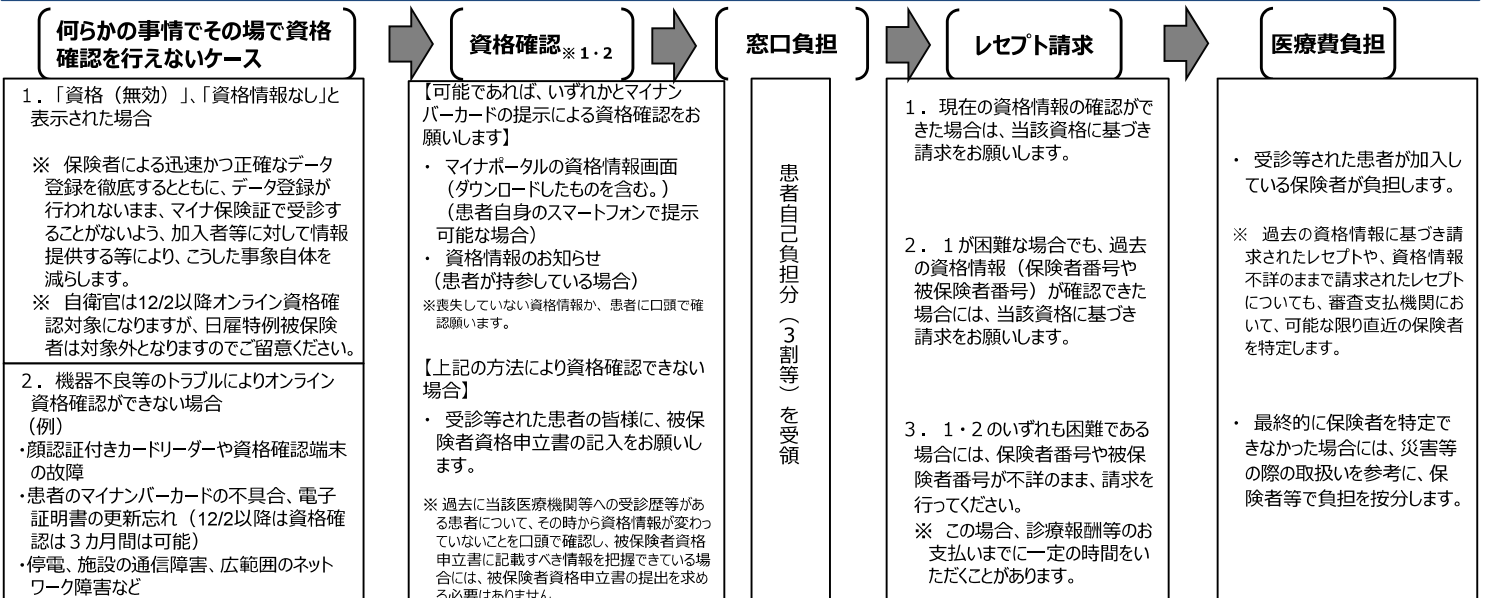
- 医療機関・薬局がレセプト請求を行うために必要な情報の提供に、ご協力をお願いします。

### 【医療機関・薬局へのお願い】

- 被保険者番号などがわからなくても、レセプト請求を可能とするため、診療報酬請求を行うための必要な情報を患者から収集するなど、一定の事務的対応にご協力をお願いします。

### 【保険者等の皆様へのお願い】

- 不詳レセプト等に対する特定作業において、審査支払機関から照会がある場合は必要な協力をお願いします。



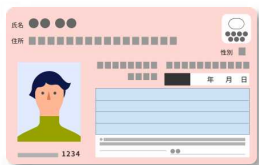
※1 顔認証付きカードリーダーで顔認証等がうまくいかない場合には、モードを切り替えて、医療機関・薬局の職員の目視により本人確認を行っていただくことも可能です。  
 ※2 その場で又は事後的にシステム障害時モードを立ち上げて、資格確認をしていただくことも可能です。

# これまで通りの自己負担額で 保険診療を受けられます

令和6年12月2日以降、健康保険証は新たに発行されなくなり、マイナ保険証を基本とする仕組みに移行します。

## 医療機関・薬局で提示するもの

### マイナ保険証

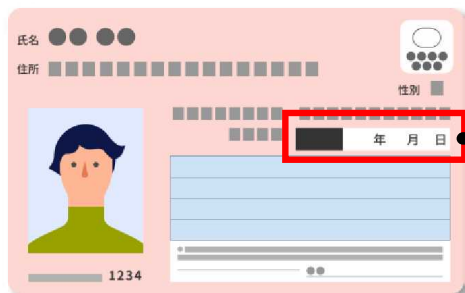


- 健康保険証利用登録をしたマイナンバーカードが、**マイナ保険証**です。利用登録は、医療機関・薬局の受付窓口に設置されている顔認証付きカードリーダーなどで簡単にできます。
- マイナ保険証を利用する際は、**マイナンバーカードの電子証明書の有効期限**※にご注意ください。

※マイナンバーカードの有効期限は10年(未成年者は5年)ですが、カードに格納されている電子証明書の有効期限は5年です。

### マイナンバーカードの電子証明書の有効期限ってどうやって確認するの？

- 電子証明書の有効期限は、マイナンバーカードの券面(左下図の**赤枠**部分)に記載されています。
- 記載がない場合は、右下図の手順でマイナポータルからご確認ください。



▲マイナンバーカードの券面



▲マイナポータル



### 📣 電子証明書の有効期限の3か月前より、お知らせしています！

- 電子証明書の有効期限の更新が必要な場合、お手元に更新を案内する**有効期限通知書(封書)**が届きます。
- また、有効期限の3か月前から3か月後まで、医療機関・薬局でマイナ保険証を利用される際、顔認証付きカードリーダーで**更新アラートが表示**されます。
- 有効期限までに更新できないまま受診をしても、**有効期限が切れてから3か月間は健康保険証として利用可能**です。  
※有効期限が切れた場合、マイナンバーカードの健康保険証以外の機能は利用できないため、お住まいの自治体の窓口にて速やかに更新ください。

## マイナ保険証(マイナンバーカード)をお持ちでない場合 以下のどちらかをご利用ください

### (今お持ちの) 健康保険証



有効期限は**最大1年間**  
(令和7年12月1日まで)。

※転居・転職などで加入する保険者が変わる場合や、令和7年12月1日までに有効期限を迎える時点までです

### 資格確認書



まだマイナンバーカードの健康保険証利用登録をしていない方などには、今お持ちの健康保険証の有効期限内に資格確認書を無償で**申請によらず**保険者から交付します。

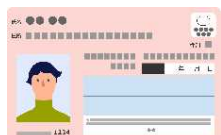
※詳しくは裏面の二次元コードよりご確認ください

顔認証付きカードリーダーの不具合などで  
マイナ保険証による受付が上手くいかなくても、

自己負担10割でなく、これまで通りの自己負担額です

## マイナ保険証での受付が上手くいかなかった場合

マイナ保険証を利用する際に、顔認証付きカードリーダーの不具合など  
何らかの事情で資格確認を行えなかった場合も、以下のような対応で資格確認を行います。



マイナンバーカードを提示したが、**受付が上手くいかない**

### ご提示可能な場合

ご提示できない場合

再診の場合

初診の場合

口頭確認

被保険者資格申立書

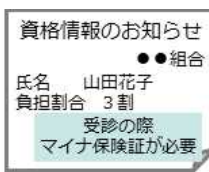
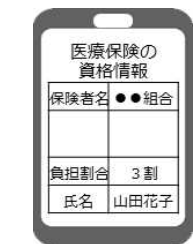
**マイナポータル**の画面  
※マイナポータルからダウンロードしたPDFファイルも可

資格情報のお知らせ

施設側で  
資格確認に  
必要な情報を  
把握していれば、  
職員より  
口頭で確認



※職員より用紙を受取り  
記入してください

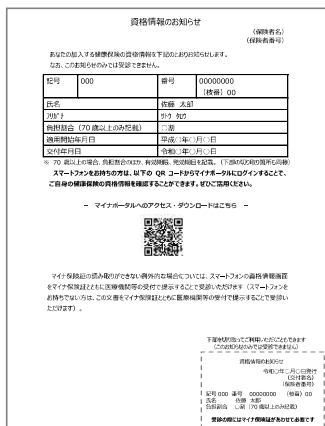


※追加で健康保険証の提示は不要

※追加で健康保険証の提示は不要

### 資格情報のお知らせ ってなに？

### 被保険者資格申立書 ってなに？



- マイナ保険証をお持ちの方に、申請によらず交付される書類です。
- 単体では受診はできません。何らかの事情で資格確認を行えなかった場合に、マイナンバーカードとセットでご提示ください。



- 初診の医療機関・薬局にて、何らかの事情で資格確認ができなかった上、マイナポータルの画面や資格情報のお知らせを持ち合わせていないときに、ご記入いただく書類です。

マイナンバー  
フリーダイヤル **0120-95-0178**

5番を選択のうえ、音声ガイダンスにしたがってお進みください。

受付時間 (年末年始を除く)  
平日: 9時30分~20時00分  
土日祝: 9時30分~17時30分

マイナ保険証の  
メリット等  
について  
- 3 -



資格確認書  
について



患者の皆様へのお願い

## 被保険者資格申立書に関する説明書

本申立書は、有効な保険証が発行されているにもかかわらず、マイナンバーカードにより資格確認を行った場合に、以下のような理由でオンライン資格確認ができない患者さんに、本来の自己負担額での保険診療を行うためにご記載をお願いする文書になります。

本申立書をご記載いただくことにより、3割負担（未就学児は2割負担。70歳以上等の方は1～3割）により自己負担額を計算します。

※ 被保険者番号等の情報（保険証のコピーや写真を含む。）がわかり次第、必ず受診された医療機関等にお伝えください。

### 【ご記載が必要になる場合（例）】

- 転職等により保険証が発行されているものの、データ登録中のためオンライン資格確認ができない場合
- 機器のトラブル等により、マイナンバーカードでオンライン資格確認ができない場合

## 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、□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 <sup>※1</sup>	
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 <sup>※2</sup>	<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□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<sup>※5</sup> : \_\_\_\_\_)

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。