

2025年5月8日

保護者各位

普通部

保険証及びマイナ保険証の携帯方法について

2024年12月2日以降、健康保険証が新規発行されなくなり、マイナ保険証（健康保険証の利用登録を行ったマイナナンバーカード）によりオンライン資格確認を行うことが基本となりました。

宿泊を伴う旅行等の学校行事や部活動の合宿・遠征等、マイナナンバーカードを持参する事が必ずしも容易ではない場合における被保険者資格の本人確認方法については、数日間の限られた使用である事、かつ教員管理下での使用が想定され、なりすましが起こる事は想定され難いことから、以下の物を提示する方法で保険診療・保険調剤を受けることが出来るよう、医療機関の関係団体に周知されています。

つきましては下記のいずれかの対応としますので、ご理解のほどよろしくお願いします。

記

1. マイナ保険証をご利用の方

マイナポータルに表示される被保険者の「資格情報」のPDF ファイルを印刷して、携帯してください。（参考①）

あるいは、勤務先や自治体から郵送等で通知されている「資格情報のお知らせ」の写しを携帯してください。（参考②）

2. マイナナンバーカードを取得していない方・マイナ保険証に登録が未だの方

ご自身が加入している医療保険者（勤務先や自治体など）から、自動的に交付されている「資格確認書」の写しを携帯してください。（参考③～⑤）

または、健康保険証の両面コピー（本人専用のカードも可）を携帯してください。

以上

(参考①) 医療保険の資格情報のダウンロード



(参考②) 資格情報のお知らせ

資格情報のお知らせ

(保険者名)
(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。
また、あなたの資格情報のデータ登録が完了しましたので、マイナ保険証により医療機関等の受診が可能となります。
なお、このお知らせのみでは医療機関等を受診することはできません。

本人 (被保険者)	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	3割 発効期日 令和〇年〇月〇日 有効期限 令和〇年〇月〇日			
資格取得年月日	平成〇年〇月〇日			
交付年月日	令和〇年〇月〇日			

スマートフォンをお持ちの方は、以下の二次元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。ぜひご利用ください。

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等の例外的な場合には、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

本人 (被保険者)	令和〇年〇月〇日交付 (保険者名) (保険者番号)
記号 000 番号 00000000 (枝番) 00	
氏名 佐藤 太郎	
負担割合 3割 発効期日 令和〇年〇月〇日 有効期限 令和〇年〇月〇日	
資格取得年月日 平成〇年〇月〇日	

受診の際にはマイナ保険証が合わせて必要です

(参考③) 資格確認書 (A4ver.)

様式第九号(1) (第四十七条関係)

(表 面)

健康保険資格確認書	
本人 (被保険者) _____ 年 月 日 交付	
記 号	番 号 (枝番)
氏 名	
性 別	
生 年 月 日	年 月 日
資格取得年月日	年 月 日
一部負担金の割合 基 効 年 月 日	割 年 月 日
有 効 期 限	
保 険 者 番 号	
保 険 者 名 称	印

(裏 面)

住 所	
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表示をすることができ、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、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。
2. 私は、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。
3. 私は、臓器を提供しません。
※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・膵臓・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)： _____

(参考④) 資格確認書 (カード ver.)

様式第九号(3) (第四十七条関係)

(表 面)

健 康 保 険 資 格 確 認 書	本人 (被保険者)	年 月 日 交付
記 号	番 号 (枝番)	
氏 名		
性 別		
生 年 月 日	年 月 日	
資格取得年月日	年 月 日	
一部負担金の割合 基 効 年 月 日	割 年 月 日	
有 効 期 限	年 月 日	
保険者番号		
保険者名称		印

(裏 面)

住 所	
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表示をすることができ、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、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。
2. 私は、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。
3. 私は、臓器を提供しません。
※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・膵臓・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)： _____

(参考⑤) 資格確認書 (ハガキ ver.)

様式第九号(5) (第四十七条関係)

(裏 面)

住 所	
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○で開んでください。

1. 私は、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。

2. 私は、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。

3. 私は、臓器を提供しません。

《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・膵臓・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）： _____

(表 面)

健康保険資格確認書			
本人（被保険者）			
年 月 日 交付			
記 号		番 号	(枝番)
氏 名			
性 別			
生 年 月 日	年 月 日		
資格取得年月日	年 月 日		
一部負担金の割合 発 効 年 月 日	割 年 月 日		
有 効 期 限			
保 険 者 番 号			
保 険 者 名 称	印		