

令和7年3月27日

保護者の皆様

吉川つばさ保育園長

健康保険証廃止に伴う対応について

日頃より当園の保育にご理解とご協力を賜り誠にありがとうございます。

従来の健康保険証については、令和6年12月2日以降、新たに発行されなくなり、マイナ保険証（健康保険証の利用登録を行ったマイナンバーカード）を基本とする仕組みに移行しています。それに伴い今まで健康保険証の写しをご提出していただき、園生活中に病院受診を要する場合は活用させていただいておりましたが、令和7年度より園への健康保険証の写しのご提出を廃止させていただくこととなりました。つきましては以下の通り対応させていただきますのでご確認くださいませようお願いいたします。

【今後の対応について】

① 提出物

- ・マイナポータルに表示される被保険者資格情報のPDFファイルの印刷物
- ・資格情報のお知らせの写し

※上記のいずれかのご提出をお願いします。

※マイナポータルやマイナ保険証の登録や移行につきましては各ご家庭によって状況が様々なことが予想されますので、上記の写しをご提出いただくことは必須とはいたしません。対応には後述の通り違いが出てまいりますのでご留意の程よろしくお願いいたします。

② 保育園が直接医療機関に受診をした際の対応について

- ・マイナポータルに表示される被保険者資格情報のPDFファイルの印刷物や資格情報のお知らせの写しをご提出いただいた場合

→必要な自己負担分のみ、後日、払い戻しをお願いさせていただきます。

- ・マイナポータルに表示される被保険者資格情報のPDFファイルの印刷物や資格情報のお知らせの写しのご提出がなかった場合

→全額を園が支払いし、後日、同額の払い戻しをお願いさせていただきます。

マイナポータル、資格情報のお知らせ及び資格確認書の概要につきましては、「健康保険証の廃止に伴う修学旅行等の学校行事や部活動の合宿・遠征等における児童生徒本人の被保険者資格の確認方法について」の一部改正について（周知）」（令和7年2月12日付け

厚生労働省保険局医療課、厚生労働省保険局医療介護連携政策課事務連絡)の別紙を添付いたしますので、ご確認くださいませよう願ひいたします。

尚、子ども医療費受給資格証の写しにつきましては、マイナポータルに表示される被保険者資格情報のPDFファイルの印刷物か資格情報のお知らせの写しとともにご提出いただきますようよろしく願ひいたします。既に子ども医療費受給資格証の写しをご提出いただいている方につきましては変更がある場合にのみご提出を願ひいたします。

急な取り扱いの変更となり保護者の皆様には大変ご不便をお掛け致しますが、何卒ご理解のほどよろしく願ひいたします。

- マイナポータル、資格情報のお知らせについて
 - マイナンバーカードを用いてマイナポータルにログインすることで、当該マイナンバーカードの所有者の保険資格情報を確認することができ、マイナポータル上で「端末に保存」を押すことでPDFにてダウンロードすることが可能です。
 - また、マイナンバーカードの健康保険証の利用登録をされている方に対しては、各保険者より「資格情報のお知らせ」を送付します。なお、「資格情報のお知らせ」については、被保険者（児童・生徒を扶養する者）の転職等により、保険者異動があるごとに各保険者が交付します。

- 資格確認書について
 - 資格確認書は、原則、被保険者本人の申請に基づき各保険者が交付します。ただし、当面の間、マイナ保険証を保有しない方等に対しては、申請によらず各保険者が交付します。資格確認書の有効期限は5年以内で、各保険者が定めることとしており、当該有効期限は資格確認書中に明記されます。

(参考①) マイナポータル画面

The screenshot displays the 'マイナポータル 実証ベータ版' (My Number Portal Real Proof Beta Version) app. The main heading is '健康保険証' (Health Insurance Card). Below this, there is a section for 'マイナンバーカード利用' (My Number Card Usage) with a '登録済' (Registered) status. The '資格情報' (Qualification Information) section, dated '令和5年12月24日時点' (As of December 24, 2023), includes a note: 'この情報は画面下部から保存できます' (This information can be saved from the bottom of the screen). The information fields are: '資格確認日' (Qualification Confirmation Date) '令和4年12月24日', '区分' (Category) '被保険者資格情報', and '交付年月日' (Issuance Date/Year/Month/Day). Below these fields, there are sections for '登録なし' (Not Registered) for '性別' (Gender) and '登録なし' (Not Registered) for another field. A red box highlights a section titled 'この情報を保存' (Save this information), which contains the following text: '医療機関受診時などに、ICチップの破損などでマイナ保険証の読み取りができない場合には、保存したPDFファイル画面をマイナ保険証とセットで受付窓口に提示することで、受診が可能です。' (When visiting a medical institution, etc., if the My Number Insurance Card cannot be read due to IC chip damage, etc., you can present the saved PDF file screen along with the My Number Insurance Card at the reception counter to receive treatment.) and a note: '※受診の際にはマイナ保険証があわせて必要です' (Note: You also need your My Number Insurance Card when receiving treatment.). A button labeled '端末に保存' (Save to device) is located at the bottom of this section. Below the red box, there is a '関連記録' (Related Records) section with a card for '医療費' (Medical Expenses) and a 'よくある質問' (Frequently Asked Questions) section.

(※) 赤枠内の「端末に保存」を押し、ダウンロードできる PDF 画面が次ページ

(参考②) マイナポータルからダウンロードできる PDF 画面

医療保険の資格情報

この画面のみでは受診できません。マイナ保険証とあわせて医療機関等の受付に提示してください。

保存日時： 2024年2月1日 時点

保 険 者 名	XXXXXXXX健康保険組合
保 険 者 番 号	00000000
記 号	1
番 号	00000
枝 番	00
氏 名	XX XX

70歳以上の方又は後期高齢者医療の加入者

一 部 負 担 金 割 合	3割
有 効 期 限	2024年7月31日

(注) マイナ保険証の読み取りができない例外的な場合には、保存したPDFファイルをマイナ保険証とともに医療機関等の受付に提示することで受診いただけます。なお、70歳以上の方や後期高齢者医療の加入者の方は、表示されている有効期限の到来に伴い、一部負担金割合が変更になる場合がありますので、ご注意ください。

(参考③) 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

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あわせて必要です

(参考④) 資格確認書 (A4用紙 ver.)

様式第九号(1) (第四十七条関係)

健康保険資格確認書		年 月 日交付	
本人 (被保険者)			
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	割	年	月
有効期			
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、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・小腸・眼球 】
 (特記欄：)

署名年月日： 年 月 日
 本人署名 (自筆)： 委族署名 (自筆)：

(参考⑤) 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・発効年月日	割	年 月 日										
有効期限		年 月 日										
保険者番号	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											
保険者名称		印										

(裏 面)

住 所	<input type="text"/>	
備 考	<input type="text"/>	
<p>※ 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。</p> <p>1. 私は、<u>脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも</u>、移植の為に臓器を提供します。</p> <p>2. 私は、<u>心臓が停止した死後に限り</u>、移植の為に臓器を提供します。</p> <p>3. 私は、臓器を提供しません。</p> <p>《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。》</p> <p style="text-align: center;">【 心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球 】</p> <p>[特記欄: _____]</p> <p>署名年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>本人署名(自筆): _____ 家族署名(自筆): _____</p>		

(参考⑥) 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までのいずれかかの番号を○で囲んでください。	<p>1. 私は、<u>脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも</u>、移植の為に臓器を提供します。</p> <p>2. 私は、<u>心臓が停止した死後に限り</u>、移植の為に臓器を提供します。</p> <p>3. 私は、臓器を提供しません。</p> <p>《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。》</p> <p style="text-align: center;">【 心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球 】</p> <p>〔特記欄：</p> <p>署名年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>本人署名 (自筆)： _____</p> <p>家族署名 (自筆)： _____</p>

(表面)

健康保険資格確認書		年 _____ 月 _____ 日 交付
本人 (被保険者)	番号	(枝番)
記号	番号	(枝番)
氏名		
性別		
生年月日	年 _____ 月 _____ 日	日 _____
資格取得年月日	年 _____ 月 _____ 日	日 _____
一部負担金の割合	年 _____ 月 _____ 日	日 _____
有効期限		
保険者番号	_____	_____
保険者名称	印	