

# 12月2日以降～診療所窓口での資格確認の方法

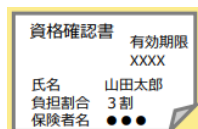
## 【全ての医療機関】（オンライン資格確認未対応医療機関含む）

- 現在使用中の健康保険証



有効期限が記載されている場合、その有効期限まで

- 資格確認書

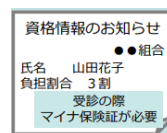


（マイナ保険証を保有していない方へマイナ保険証に代わるものとして交付される）

- マイナ保険証



- マイナ保険証 + 資格情報のお知らせ



（マイナ保険証が読み取れない場合）

↓  
（マイナ保険証を保有している方へ交付される。これだけでは資格確認不可）

# 医療機関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）

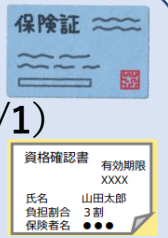


マイナ保険証をカードリーダーにかざしてもらおう

マイナ保険証を持っていない

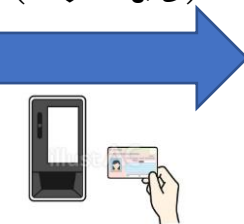


健康保険証  
有効期限まで  
(最大～2025.12/1)  
資格確認書  
(2024.12/2～)

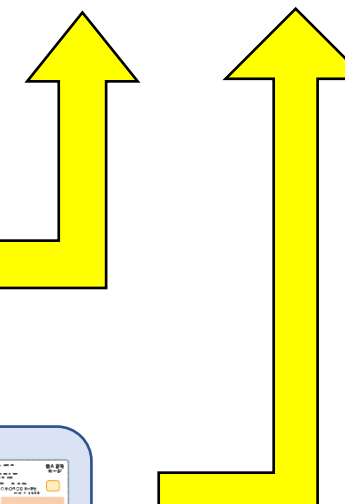


確認できた被保険者番号で  
レセプト請求

確認完了  
(エラーなし)



マイナ保険証

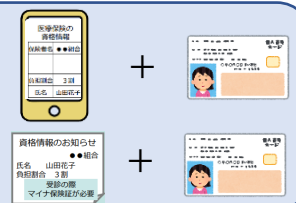


確認不可  
(エラーあり)



【患者が提示可能な場合】

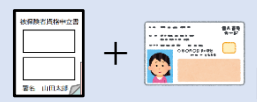
- ① マイナポータル画面 + マイナ保険証
- ② 資格情報のお知らせ + マイナ保険証



- ①・②で資格確認ができず【再診の場合】
- ③過去の受診で情報を把握していれば患者への口頭確認

・確認できた「現在」の被保険者番号で  
・過去の受診歴等から「過去」の被保険者番号で  
・資格無効の場合は喪失した「旧資格情報」で

- ①～③で資格確認ができず【初診の場合】
- ④被保険者資格申立書 + マイナ保険証  
(次ページ参照)



・被保険者番号は不詳として「7」を桁数分入力  
・資格なしの場合は喪失した「不詳レセプト」で

レセプト請求

## 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、保護者の方が署名された場合にご記入ください。