

(参考①) マイナポータル画面 ※本画面について、一部表示が異なる場合があります



マイナポータル 実証ベータ版

健康保険証

マイナナンバーカード利用 登録済

資格情報 令和5年12月24日時点

① この情報は画面下部から保存できます

資格確認日
令和4年12月24日

区分
被保険者資格情報

交付年月日

登録なし

性別
登録なし

この情報を保存

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。

※受診の際にはマイナ保険証があわせて必要です

端末に保存

関連記録

医療費

よくある質問

(※) 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									
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								

(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出来ます。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 】

〔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・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> </tr> </table>						
保 険 者 名 称	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">印</div>						

(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・^{じん}膵臓・^{すい}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)： _____

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・^胃臓・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)	
記号	番号
年 月 日 交付	(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

(参考⑥) 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。
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。

記号	000	番号	00000000 (枝番) 00
氏名	佐藤 太郎		
フリガナ	サウ 知ウ		
負担割合	3 割		
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		
保険者名	〇〇		

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。ぜひご活用ください。

－ 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

令和〇年〇月〇日発行
(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

受診の際にはマイナ保険証があわせて必要です