

# 「医療保険」に関する提出物変更のお知らせ

2024年12月から健康保険証が廃止されたことに伴い、「医療保険」を確認するため、以下のものをご提出ください。

## 「医療保険」を確認するために提出が必要なもの

### ★以下の4つの書類のうちいずれかをご提出ください。

#### ①現在お持ちの「健康保険証」

- 移行期間中(1年間)は現在お持ちの健康保険証もお使いいただけます。(資格喪失した場合を除く)

|                   |               |
|-------------------|---------------|
| 健康保険 本人(被保険者)     | 00000         |
| 被保険者証             | 平成00年00月00日交付 |
| 記号 00000000 番号 00 |               |
| 氏名                |               |
| 生年月日              | 昭和00年00月00日   |
| 資格取得年月日           | 平成00年00月00日   |
| 事業者名称             | 株式会社〇〇〇〇〇     |
| 保険者番号             | △△△△△△△△      |
| 保険者名称             | 全国健康保険協会 〇〇部  |
| 保険者所在地            | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇  |



#### ②「資格確認書」

- マイナ保険証への紐づけを行っていない方へ発行されます。

|         |       |       |   |
|---------|-------|-------|---|
| 〇〇都道府県  | 有効期限  | 年 月 日 |   |
| 国民健康保険  | 発効期日  | 年 月 日 |   |
| 資格確認書   |       |       |   |
| 記号      | 番号    | (氏名)  |   |
| 氏名      | 性別    |       |   |
| 生年月日    | 年 月 日 | 負担割合  | 割 |
| 適用開始年月日 | 年 月 日 |       |   |
| 交付年月日   | 年 月 日 |       |   |
| 世帯主氏名   |       |       |   |
| 住所      |       |       |   |
| 保険者番号   |       |       |   |
| 交付者名    |       |       |   |

#### ③「資格情報のお知らせ」

- R6に全員に配布されたほか、新規加入時に配布されます。



|            |                     |
|------------|---------------------|
| 資格情報のお知らせ  |                     |
| 令和〇年〇月〇日発行 |                     |
| (交付者名)     |                     |
| (保険者番号)    |                     |
| 記号 000     | 番号 00000000 (枝番) 00 |
| 氏名         | 佐藤 太郎               |
| 負担割合       | 〇割 (70歳以上のみ記載)      |

受診の際にはマイナ保険証があわせて必要です

#### ④マイナポータルの「資格情報画面」の写し

- マイナポータルから医療保険の情報が確認できます。恐れ入りますが、保健所では印刷できませんので、ご自身で印刷してお持ちください。

|                       |              |
|-----------------------|--------------|
| 医療保険の資格情報             |              |
| 〇〇都道府県〇〇市〇〇区〇〇町〇〇番〇〇号 |              |
| 保険者番号                 | 000000000000 |
| 氏名                    | 佐藤 太郎        |
| 性別                    | 男            |
| 生年月日                  | 000000       |
| 負担割合                  | 〇割           |
| 適用開始年月日               | 00-00-00     |
| 交付年月日                 | 00-00-00     |
| 世帯主氏名                 |              |
| 住所                    |              |
| 保険者番号                 |              |
| 交付者名                  |              |

### 【ご注意】

- 加入する医療保険の種類により、提出が必要な書類が異なります。
  - ◆ 国民健康保険・後期高齢者医療制度・国民健康保険組合…同一世帯全員分
  - ◆ 上記以外…患者本人および被保険者