

被保険者の皆さまへ

マイナンバーカードを被保険者証として使用する場合における留意事項等について

マイナンバーカードで医療機関を受診した際に、オンライン資格確認（医療機関が資格確認端末で被保険者資格情報を確認すること）ができないケースが発生しています。

被保険者が、本来の自己負担分（3割など）の支払いで保険診療を受けられるための方策及び留意事項について、国から以下のとおり示されておりますのでご案内申し上げます。

- ① 医療保険者による、オンライン資格確認等システムへのデータ登録が完了していないなどの理由により、医療機関で「資格（無効）」又は「資格情報なし」と表示されることがあります。
- ② オンライン資格確認等システムへのデータ登録が完了している場合であっても、医療機関の機器不良等によりオンライン資格確認を行うことができないことがあります。



オンライン資格確認ができないときに、医療機関の窓口において本来の自己負担分（3割など）で受診するためには、**別紙「被保険者資格申立書」**の提出が必要となります。

なお、申立書の記載事項のうち以下の2点については、誤りのないようご記入をお願いします。

- ① **【保険種別】：「国保」に☑チェックを記入してください。**
- ② **【保険者等名称】：「全国土木建築国保組合」と記入してください。**

初めてマイナンバーカードで医療機関を受診する場合や、転職等により新しい被保険者証が交付された場合については、受診の前にマイナポータルで新しい資格が登録されていることを確認するか、**念のためマイナンバーカードとあわせて被保険者証をご持参ください。**

患者の皆様へのお願い

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な範囲でのみ使用し、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。

誤りのないようご記入をお願いします。

1 保険証等に関する事項

保険証の有無	<input checked="" 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 checked="" 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	全国土木建築国保組合
事業所名 ^{※1}	(株)〇〇建設
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 checked="" 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 ^{※2}	<input checked="" 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)ゼンコク タロウ 全国 太郎
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 50年4月1日
性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	東京都〇〇区〇〇1-2-304

※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。

2023年 8 月 1 日

署名 全国 太郎 (患者との関係^{※5}:)

連絡先電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

※5 (患者との関係)欄は、保護者の方等が署名された場合にご記入ください。