

健康保険被保険者証の発行終了に伴う対応について

1 概要

健康保険各法（健康保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律）が改正され、従来の健康保険被保険者証（以下「保険証」という。）の新規発行が終了することに伴い、本区における国民健康保険被保険者に対し「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」を交付する。

なお、経過措置として、現在保有している保険証は、記載内容に変更がない限り、新規発行終了から1年の範囲内で保険者が定める有効期限まで使用できる（本区において国民健康保険は令和7年9月30日、後期高齢者医療制度は令和7年7月31日）。

2 本区における対応

令和6年8月15日現在における国通知等に基づき、以下のとおり対応する。

(1) 資格情報のお知らせ（A4サイズ、別紙1参照）の交付

保険証として利用登録されたマイナンバーカード（以下「マイナ保険証」という。）を保有する方に、マイナ保険証の登録情報が記載された書類を交付する。

	①職権により交付（申請不要）	②申請により交付
対象者	・マイナ保険証を保有している方 ・お知らせの記載内容に変更が生じた方	・紛失等により再発行を希望される方
機能	・マイナポータルにログインすることなく資格情報を目視確認できる。 ・医療機関等がオンライン資格確認に対応していなくても、マイナ保険証と共に提示することで受診できる（お知らせのみでの受診はできない）。	
有効期限	なし（変更・紛失時は差替えを行う）	

(2) 資格確認書（カード型、別紙2参照）の交付

上記(1)に該当しない方に対し、被保険者情報が確認できる書類を交付する。

	①職権により交付（申請不要）	②申請により交付
対象者	マイナ保険証を保有していない方 （例：マイナンバーカードを保有していない/保険証として利用登録していない/電子証明書の有効期限が切れた等）	・マイナンバーカードを紛失した方 ・マイナ保険証を保有しているが、事情により資格確認書の交付を希望される方（施設入所者等）
機能	従来の保険証と同様に、医療機関等の窓口で提示することで受診できる。	
有効期限	原則2年（70歳～74歳は高齢受給者証と一体化するため1年）	

なお、全ての方に安心してマイナ保険証を利用していただけるよう、上記の対応に先行して、保険者が把握している加入者情報（個人番号の下4桁を含む）のお知らせを送付する。

3 スケジュール

令和6年9月下旬（予定）

12月2日

令和7年9月30日

「加入者情報のお知らせ」を送付

保険証の新規発行終了、短期証及び被保険者資格証明書の廃止

「資格確認書」または「資格情報のお知らせ」発行開始

文京区が交付した保険証の有効期限（最長）

4 その他

後期高齢者医療保険については、東京都後期高齢者医療広域連合において同様の対応を行っているところである。

（参考）令和6年7月

加入者情報の送付

令和7年7月31日

東京都後期高齢者医療広域連合被保険者証の有効期限（最長）

別紙 1

資格情報のお知らせ

(交付者名)
(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受診できません。

記号	000	番号	00000000 (枝番) 00
氏名	佐藤 太郎		
フリガナ	サウ タロウ		
負担割合 (70 歳以上のみ記載)	〇割		
適用開始年月日	平成〇年〇月〇日		
交付年月日	令和〇年〇月〇日		

※ 70 歳以上の場合、負担割合のほか、有効期限、発効期日を記載。(下部の切り取り箇所も同様)

スマートフォンをお持ちの方は、以下の QR 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
(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

別紙 2

様式例：必須記載事項のみ（カード型）

（表 面）

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	(枝番)								
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	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
交 付 者 名	印									

（裏 面）

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、 <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。	
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。	
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} 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）：