

加入者・事業所ご担当者 各位、  
(健保組合WEB掲載)

川崎汽船健康保険組合

**健康保険証廃止・マイナ保険証への移行に際して（その2）**  
**【資格確認書】及び【資格情報のお知らせ】の交付について**

本年8月26日付ご案内の続報として、本年12月1日までに当健保組合が発行した/する**健康保険証（プラスチックカード）を保有している / 12月1日までに保有する方を対象としてご案内**しております。

※ 12月2日以降は、新たに保険証は発行されず、マイナカードと一体となったマイナ保険証移行されますが、経過措置として、被保険者・被扶養者資格が有効である限り **2025年12月1日まで使用可能**です。

前回のご案内にて資格確認書につき、『未確定事項を含め、確定後別途周知します』としておりました件も含め、あらためて以下ご案内申し上げます。

**①【資格情報のお知らせ】（素材：紙 / サイズ：はがき大）**

➤ **対象者** 『本年8月18日以降 12月1日まで』の新規資格取得者で健康保険証を保有している / 12月1日までに保有する方  
※ **本年8月17日在籍者の方(以前の資格取得者)は、8月17日付にて発行・9月末迄に配布済み対象外**

➤ **内容** 健康保険証記号・番号・枝番、氏名、本人負担割合、資格取得日及び保険者名を記載

➤ **目的** (マイナ保険証が利用出来ない場合を含め)健康保険資格情報確認  
※ 当該お知らせ単独では健康保険適用とはならない(窓口にて本人10割負担)

➤ **発行** 2024年12月中を目途に発行・事業所経由配布  
※ 発行以前は、2025年12月2日まで利用可能な現行保険証にて資格情報確認可能

➤ **再発行** 再発行しない  
・回収 資格喪失時等無効時の返却 / 回収 不要

**②【資格確認書】（素材：プラスチック / サイズ：現行保険証と同じ（カード））**

➤ **対象者** 当該確認書一斉発行日（未定なるも2025年11月中を予定）時点においてマイナ保険証を利用出来ない方  
※ マイナ保険証不保有及び、その他のやむを得ない理由に拠り利用不可と判断される場合に限る

➤ **内容** 現行保険証記載事項に加え、有効期限等を記載（サンプルご参照）

➤ **目的** マイナカードを保有しない場合を含め、マイナ保険証を利用出来ない場合の（従来の保険証に代わる）健康保険資格確認手段として医療機関・薬局等窓口にて提示する

➤ **発行** 未定なるも2025年11月中を目途に本状における発行対象者に対して（同日）一斉発行  
※ 申請の是非、手続き等については、別途確定後案内

➤ **有効期限** 5年間を限度とするも、発行日に限らず一律同一日（2029年10月末頃を目途）を予定

➤ **再発行** 申請により再発行する（ただし、再発行手数料を徴収）  
・回収 資格喪失、有効期限満了、マイナ保険証利用登録等により不要となった資格確認書は、任意継続の方は当組合に直接、それ以外の方は、所属事業所経由にて要返却（回収義務は事業所）

添付) 【資格確認書】 サンプル

以 上

【添付（資格確認書サンプル）】

（表：本人）

健康保険 本人 資格確認書 (被保険者)	有効 期限 令和〇〇年〇〇月〇〇日 交付年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日
記号 会社別番号 番号 従業員番号等 (枝番) 00 (本人は【00】)	
氏名 カナ 氏名 漢字	
生年月日 平成 年 月 日 性別	
資格取得年月日 令和 年 月 日	
 (作成時使用QRコード)	
保険者所在地 〒105-0003 東京都港区西新橋1丁目10番2号	
保険者番号・名称 06138101 川崎汽船健康保険組合 公印 ☎ 03 (3595) 6082	

（表：家族）

健康保険 家族 資格確認書 (被扶養者)	有効 期限 令和〇〇年〇〇月〇〇日 交付年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日
記号 会社別番号 番号 従業員番号等 (枝番) (【00】以外の2桁)	
氏名 カナ 氏名 漢字	
生年月日 平成 年 月 日 性別	
資格取得年月日 令和 年 月 日	
被保険者氏名 氏名 漢字	
 (作成時使用QRコード)	
保険者所在地 〒105-0003 東京都港区西新橋1丁目10番2号	
保険者番号・名称 06138101 川崎汽船健康保険組合 公印 ☎ 03 (3595) 6082	

（裏：本人・家族共通）

注意事項 保険医療等において診察を受けようとするときには、必ずこの証を その窓口で渡してください。	(裏) (本人・家族共通)
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、 <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・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）：