

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3） 【資格確認書】及び【資格情報のお知らせ】の交付について

本状は、a)『2024年12月2日以降の新規資格取得』或いは、b)『12月1日以前の資格取得であっても手続きが12月2日以降』により従来の健康保険証が発行されていない（保有していない）方を対象にご案内しております。

※ 政令（マイナンバー法等の一部改正法）により従来の健康保険証は、本年12月2日以降新規に発行されません。

当健康保険組合資格取得後、以下の何れかを発行しますので、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 マイナ保険証保有者（不保有者には、資格確認書が発行される）
  - ※ ・マイナ保険証保有者とは、マイナンバーカードに健康保険資格情報を紐付け（保険証利用登録）されている方
  - ・被保険者資格取得届（本人）・被扶養者（異動）届（家族）において、資格確認書【要】申請をしていない方
  - 或いは、【要】と申請しても、これが正当な発行理由として認められなかった方
- 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 ・発行に際しての申請は不要（後述の資格確認書申請者以外に自動発行）
- ・資格取得手続き後（当健保組合における書類受領後のオンライン資格確認システムへのデータ登録完了後）3営業日程度
- ※ オンライン資格確認システムへのデータ登録完了は、マイポータルにて各自でも確認可能
- 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 マイナ保険証不保有者 或いは、正当な理由でマイナ保険証を利用できない方
  - ※ 被保険者資格取得届（本人）・被扶養者（異動）届（家族）において、資格確認書要否欄及び理由欄の双方にチェック（）が記されており、発行申請理由がやむを得ないと判断された方
- 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 マイナンバー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
- 発行 ・被保険者資格取得届（本人）・被扶養者（異動）届（家族）において、資格確認書要否欄及び理由欄の双方にチェック（）かつ、発行申請理由[その他]の場合、それがやむを得ないと判断された場合
- ※ 申請理由[その他]とした場合は、別途詳細を確認の上、発行是非を判断
- ・資格取得手続き後（当健保組合における書類受領後のオンライン資格確認システムへのデータ登録完了後）速やかに発行
- ※ オンライン資格確認システムへのデータ登録完了は、マイポータルにて各自でも確認可能
- 有効期限 最長で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（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）
- 手数料 ・破損 / 喪失等 保有者側事情に抛り再発行を要する場合は、再発行申請手続きの上、手数料を徴収
- ・【虚偽・不正確】な理由申告（マイナ保険証保有にも拘わらず不保有と申告等）に抛る確認書発行の場合は、返却・回収と共に、手数料を徴収

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）：