

令和8年3月21日

保護者各位

錦城学園高等学校  
校長 及川 勝義

## 健康保険証の対応について

マイナ保険証への移行に伴い、学校の教育活動内での病院受診に際しての対応は以下の通りといたします。保険証のコピーは令和7年度より提出不要となりました。

### ◇マイナ保険証移行への推移

2024（令和6）年9月以降、「マイナ保険証」への移行に先立ち「資格情報のお知らせ」を各保険組合が配付。

2024（令和6）年12月2日、現行保険証の新規発行停止。

2024（令和6）年12月2日以降、マイナンバーカードを持っていない人や「マイナ保険証」利用登録をしていない人には「資格確認書」を各保険組合が交付。

\* 現行保険証の有効期限内に無償で申請によらず交付。

\* 有効期限は、交付日を含む月より3年後の年末まで。

2025（令和7）年12月1日以降、現行保険証は利用不可となる。

### 【1】通常の学校教育活動の場合の対応（書類は各自管理）

- ① 「マイナ保険証」の利用登録がある場合…下記のいずれかを携帯
  - ・「マイナ保険証」
  - ・マイナポータルに表示される「医療保険の資格情報」のPDFファイルをダウンロードしたもの
  - ・「資格情報のお知らせ」
- ② 「マイナ保険証」の利用登録がない場合…「資格確認書」を携帯

\* 上記を携帯していない生徒が受診の場合は、一旦医療費の全額（10割）を支払い、後日自己負担分を超える金額について医療機関・薬局から還付を受けることになるため、できるだけご準備ください（医療費の払い戻しは各家庭でお手続きください）。

### 【2】宿泊を伴う学校行事や部活動の合宿・遠征等の場合（書類は各自管理）

- ① 「マイナ保険証」の利用登録がある場合…下記のいずれかを携帯
  - ・「マイナ保険証」
  - ・マイナポータルに表示される「医療保険の資格情報」のPDFファイルをダウンロードしたものまたはそれを印刷したもの
  - ・「資格情報のお知らせ」またはそのコピー
- ② 「マイナ保険証」の利用登録がない場合…「資格確認書」またはそのコピーを携帯

\* 上記のいずれも携帯していない生徒が受診の場合は、一旦医療費の全額（10割）を支払い、後日自己負担分を超える金額について医療機関・薬局から還付を受けることになるため、できるだけご準備ください（医療費の払い戻しは各家庭でお手続きください）。

(参考①) マイナポータル画面

The screenshot displays the 'マイナポータル 実証ベータ版' (My Number Portal Real Proof Beta Version) app. The main heading is '健康保険証' (Health Insurance Card). Below it, there is a status bar for 'マイナンバーカード利用' (My Number Card Usage) which is '登録済' (Registered). The '資格情報' (Qualification Information) section, dated '令和5年12月24日時点' (As of December 24, 2023), includes a note: 'この情報は画面下部から保存できます' (This information can be saved from the bottom of the screen). The information fields are: '資格確認日' (Qualification Confirmation Date) '令和4年12月24日', '区分' (Category) '被保険者資格情報', and '交付年月日' (Issuance Date/Year/Month/Day). Below this, there are fields for '登録なし' (Not Registered) for '性別' (Gender) and '登録なし' (Not Registered) for another field. A red box highlights a section titled 'この情報を保存' (Save this information), which contains text explaining that if the IC chip is damaged, the user can save the PDF of the insurance card and use it for medical visits. A button labeled '端末に保存' (Save to device) is located at the bottom of this section. Below the red box, there is a '関連記録' (Related Records) section with a record for '医療費' (Medical Expenses) and a 'よくある質問' (Frequently Asked Questions) section.

(※) 赤枠内の「端末に保存」を押し、ダウンロードできる PDF 画面が次ページ

(参考②) マイナポータルからダウンロードできる PDF 画面

## 医療保険の資格情報

この画面のみでは受診できません。マイナ保険証とあわせて医療機関等の受付に提示してください。

保存日時： 2024年2月1日 時点

保 険 者 名	XXXXXXXX健康保険組合
保 険 者 番 号	00000000
記 号	1
番 号	00000
枝 番	00
氏 名	XX XX

70歳以上の方又は後期高齢者医療の加入者

一 部 負 担 金 割 合	3割
有 効 期 限	2024年7月31日

(注) マイナ保険証の読み取りができない例外的な場合には、保存したPDFファイルをマイナ保険証とともに医療機関等の受付に提示することで受診いただけます。なお、70歳以上の方や後期高齢者医療の加入者の方は、表示されている有効期限の到来に伴い、一部負担金割合が変更になる場合がありますので、ご注意ください。

(参考③) 資格情報のお知らせ

資格情報のお知らせ

(保険者名)  
(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。  
また、あなたの資格情報のデータ登録が完了しましたので、マイナ保険証により医療機関等の受診が可能となります。  
なお、このお知らせのみでは医療機関等を受診することはできません。

本人（被保険者）	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	3割 発効期日 令和〇年〇月〇日 有効期限 令和〇年〇月〇日			
資格取得年月日	平成〇年〇月〇日			
交付年月日	令和〇年〇月〇日			

スマートフォンをお持ちの方は、以下の二次元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。ぜひご利用ください。

－ 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等の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

本人（被保険者） 令和〇年〇月〇日交付  
(保険者名)  
(保険者番号)

記号 000 番号 00000000 (枝番) 00  
氏名 佐藤 太郎  
負担割合 3割 発効期日 令和〇年〇月〇日  
有効期限 令和〇年〇月〇日  
資格取得年月日 平成〇年〇月〇日

受診の際にはマイナ保険証があわせて必要です

(参考④) 資格確認書 (A4用紙 ver.)

様式第九号(1) (第四十七条関係)

健康保険資格確認書		年 月 日交付	
本人 (被保険者)			
記号	番号	支号	(枝番)
氏名			
性別			
生年月日	年	月	日
資格取得年月日	年	月	日
一部負担金の割合	割	年	月
有効期			
保険者番号			
保険者名称	印		

(裏面)

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、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植の為に臓器を提供します。  
 2. 私は、心臓が停止した死後に限り、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・小腸・眼球 】  
 (特記欄: \_\_\_\_\_ )

署名年月日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 本人署名 (自筆): \_\_\_\_\_ 委嘱署名 (自筆): \_\_\_\_\_

(参考⑤) 資格確認書 (カード ver.)

様式第九号(3) (第四十七条関係)

(表 面)

健康保険 資格確認書	本人(被保険者)	年 月 日 交付						
記号	番号	(枝番)						
氏名								
性 別								
生 年 月 日		年 月 日						
資格取得年月日		年 月 日						
一部負担金の割合・発効年月日	割	年 月 日						
有効期限		年 月 日						
保険者番号	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							
保険者名称		<table border="1"><tr><td>印</td></tr></table>	印					
印								

(裏 面)

住 所	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
備 考	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
<p>※ 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。</p> <ol style="list-style-type: none"><li>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。</li><li>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。</li><li>3. 私は、臓器を提供しません。</li></ol> <p>《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。》</p> <p>【 心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球 】</p> <p>[特記欄: _____ ]</p> <p>署名年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>本人署名(自筆): _____ 家族署名(自筆): _____</p>		

(参考⑥) 資格確認書 (ハガキ ver.)

様式第九号(5) (第四十七条関係)

(裏面)

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までのいずれかかの番号を○で囲んでください。	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>3. 私は、臓器を提供しません。</p> <p>《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。》</p> <p style="text-align: center;">【 心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球 】</p> <p>〔特記欄：</p> <p>署名年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>本人署名 (自筆)： _____</p> <p>家族署名 (自筆)： _____</p>

(表面)

健康保険資格確認書	
本人 (被保険者)	_____ 年 _____ 月 _____ 日 交付
記号	番号 (枝番)
氏名	
性別	
生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
資格取得年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
一部負担金の割合	_____ 年 _____ 月 _____ 日
有効期限	
保険者番号	_____
保険者名称	印