

2025/12/2 から保険証は使用できなくなります

◆令和 7 年 1 2 月 2 日以降の保険証確認について

マイナ保険証か資格確認書のいずれかにより行うことが基本となります。

資格確認は、各月の初回のみに行うのではなく、受診の都度、行うことが原則です。

資格確認書は、保険者の選択により、プラスチック・紙等の材質により、カード型・はがき型・A 4 型で交付されるほか、電磁的な方法で資格確認書が交付されることもありますので、その場合はスマートフォン等の画面に表示された資格確認書の内容で確認を行ってください。

◆「資格情報のお知らせ」のみを持参する患者について

「資格情報のお知らせ」だけでは「有効な保険証」にはなりません。

しかし、厚労省は暫定的な対応として令和 8 年 3 月末までは「保険証で確認」の機能を利用してオンライン資格確認等システムに照会し、3 割等の一定の負担割合でレセプト請求を行うことは、差し支えないとの見解です。

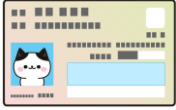
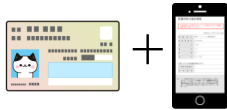
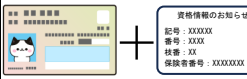
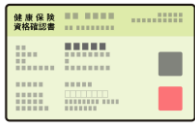
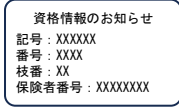
これはあくまで暫定的な対応であり、次回以降の受診時にはマイナ保険証か資格確認書を必ず持参いただくよう呼びかけて下さい。

◆不詳レセプト

有効な資格を保有しているにもかかわらず資格確認結果が「資格無効」となった場合や、マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れて 3 か月が経過した場合等には不詳レセプトとして請求可能です。

不詳レセプトに摘要欄への患者の連絡先の記載漏れ等の不備があった場合は返戻されてしまいますので、請求時には記載の不備がないかご確認をお願いします。

◆令和 7 年 12 月 2 日以降の医療機関等の窓口における資格確認方法

マイナンバーカード（マイナ保険証）		
	マイナンバーカード	電子証明書の有効期限が過ぎても 3 か月間は引き続き資格確認を受けることが可能になります。 電子証明書の有効期限の 3 か月前～有効期限後 3 か月まで、アラートが表示されます。 電子証明書の更新手続きはお住まいの市区町村窓口となります。
マイナ保険証で資格確認ができなかった場合 ※ネットワーク障害やカード自体が読み取れない場合など 喪失していない資格情報であることを患者に口頭で確認してください オンライン資格確認において「資格（無効）」、「資格情報なし」と表示される場合、マイナポータルにおいて も直近の有効な資格情報を確認することはできません		
	マイナンバーカードとスマホのマイナポータル画面	窓口でスマートフォンの画面（マイナポータルの健康保険証画面）を提示して確認 マイナポータルの健康保険証の資格情報画面からダウンロードされた PDF でも OK です。
	マイナンバーカードと資格情報のお知らせ	「資格情報のお知らせ」だけでは資格確認にはなりません。何らかの理由でマイナンバーカードでの確認ができなかった場合に マイナ保険証と一緒に提示 することで受診可能となります。
マイナンバーカードを持っていない場合		
	資格確認書	資格確認書でも保険証と同様に医療を受けることが可能です。 当面の間はマイナ保険証を持っていない方には現行の健康保険証の期限が切れるまでに、申請がなくても交付されます。OCR で読取り可能です。
令和 8 年 3 月末までの暫定的な取り扱い		
	「資格情報のお知らせ」のみ持参	「保険証で確認」の機能でオンライン資格確認を行い、有効かどうかを確認します。 次回の来院日にマイナ保険証または資格確認書を持ってきてもらい、資格確認を行います。

※マイナ保険証がない場合、高齢受給者証、限度額適用・標準負担額減額認定証、限度額適用認定証、特定疾病療養受療証の提示が必要になります。

乳幼児の場合

申請日に 1 歳未満の場合、顔写真なしマイナンバーカードが交付されます（5 歳の誕生日を迎えるまで利用可）。

顔認証、目視モードは使用できないため 4 桁の暗証番号での資格確認となります。

マイナ保険証によるオンライン資格確認で現在の保険証確認ができなかった場合

現在の保険情報がわかる場合……………現在の保険情報で請求
<ul style="list-style-type: none">・患者さんからの現在の保険情報が聞き取れた・患者原簿に登録されている保険に現在も加入していることを患者さんに確認した
現在無効だが、以前の保険ならわかる場合……………資格喪失した前の保険情報で請求
<ul style="list-style-type: none">・オンライン資格確認の「資格（無効）」画面で古い保険情報がわかった・今の保険情報はわからないが前の保険情報が患者原簿に登録されている <p>※摘要欄に「旧資格情報」のコメントを記載します。</p> <p>摘要コメントは入力番号 1003 [レセプトコメント（部位なし）] の中の [資格申立書レセプトコメント] のサブセットに入っています。</p>
新患など、保険情報が全く分からない
患者さんが医療保険に加入している場合……………3割負担で「不詳レセプト」として請求
※外国人など医療保険に加入していない場合は今まで通り「保険なし」で10割負担です。
<ul style="list-style-type: none">・「資格情報のお知らせ」やスマホのマイナポータルで確認ができない・有効期限が切れていない健康保険証を持っていない

不詳レセプトの請求方法

1. 現在無効だが、以前の保険ならわかる場合

患者原簿に登録されている保険情報で請求を行います。
治療入力後に「よく使う処置」の「レセプトコメント（部位なし）」の一番下にある「資格
申立書レセプトコメント」内の「旧資格情報」をカルテに入力し、摘要記載して請求しま
す。

カルテの編集

閉じる

戻る

次項目

完了

強制入力

個別入力

誘導

歯周

歯

ブリッジ

義歯

部

自費

矯正

よく使う処置

全て

全量クリア

個別

提案

コメント

簡易設定

新規入力

ショートカット

処置

(検索)

1003. レセプトコメント (部位なし)

1002. レセプトコメント (部位あり)

409. 管理料・指導料

810. SP (抜歯後の処置等)

1004. 投薬

3023. レントゲン

5001. 診療情報提供料 (紹介状)

部位	項目	点数	回数
	訪問歯科衛生指導を行う患者数が当該建築物の戸数の		
	当該建築物戸数が20戸未満で訪衛指を算定するものが		
	訪問歯科衛生指導料を算定する患者数が〇人から〇人		
	脳卒中等の術後早期に口腔機能管理の依頼		
	人工歯前月 (以前) 請求済み		
	傷病名と歯数不一致		
	顎炎又は顎骨骨髓炎等の手術として骨の開さく等		
	欠損歯数と補綴歯数の不一致		
	低位唇側転位の犬歯を含む欠損歯数と補綴歯数の不一		
	資格申立書レセプトコメント	0	1
	旧資格情報		1
	被保険者資格申立書 (ふく氏名)		
	被保険者資格申立書 (保険種別)		
	被保険者資格申立書 (保険者等名称)		
	被保険者資格申立書 (事業所名)		
	被保険者資格申立書 (住所 1)		
	被保険者資格申立書 (住所 2 以降)		
	被保険者資格申立書 (連絡先電話番号)		
	被保険者資格申立書 (患者に連絡を行った日付)		

C3急性Pul

浸麻

0 × 1

OA (同一顎) + エリッド配合注歯科

9 × 1

抜髄 3根 (水酸化カルシウム +

600 × 1

EMR 3根 (MB25mm #15,

60 × 1

旧資格情報

その他	医情 1×1 歯外ペリ初 10×1	11
その他	旧資格情報	
摘要	公費分請求 点数決定率 患者負担額 (公費) 高額療養費	点 点 円 円 円
	合計 決定率 一部負担	971 点 円

2. 新患でマイナ保険証で確認ができない場合

- (1) 患者さんに「被保険者資格申立書」を記載していただきます。

※厚労省のサイトからダウンロード
できます。

<https://www.mhlw.go.jp/content/10200000/001120095.pdf>

- ①保険種別がわからない（国保、社保の区別がつかない）場合は、どちらかに決めて請求を行います。「事業所名」も記載が必要です。
- ②70 歳以上の場合、負担割合を記載してもらってください。
- ③マイナンバーに記載された住所以外に居所がある場合は記載します。

この用紙は医療機関で保管します。

別紙様式	
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となる範囲でのみ使用し、診療報酬請求等の請求・支払等に供する必要な事務を終えた段階で、速やかに廃棄します。	
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	中央区
事業所名 ^{※1}	①
保険証の交付を受けた時期	<input checked="" type="checkbox"/> 1か月以内 <input type="checkbox"/> それより前 <input 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 type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> わからない ②
※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□には「/」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きます。	
2 マイナンバーカードの券面事項等	
氏名	(フリガナ) オホ ヨロウ 尾不戸 太郎
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 6 年 9 月 10 日
性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	東京都千代田区千代田1-1-1 ③
※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。	
署名 尾不戸太郎 令和7年 12月 20日 (患者との関係 ^{※5} ：)	
連絡先電話番号 090-0000-0000	
※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。	

- (2) 被保険者資格申立書の内容と、以下の保険情報を登録します。
- 保険証の登録がある場合は、保険証変更を行い、切替日（システム適用期間の日付）を診療した月の1日にします。

患者 原簿	74 歳まで	75 歳以上
	保 険 者 番 号 : 77777777 (8 桁) 記 号 : スペース (なし) 被保険者番号 : 77777777 (9 桁) 枝 番 : なし 続 柄 : 本人 または 家族	保 険 者 番 号 : 77777777 (8 桁) 記 号 : スペース (なし) 被保険者番号 : 77777777 (8 桁) 枝 番 : なし 続 柄 : 本人 詳 細 情 報 : 患者に確認した負担割合を選択
	有効な公費受給者証をお持ちの場合は使用できますので、登録してください。	

69 歳までの場合

カルテ番号	18	自宅〒	1 0 0 - 0 0 0 1
カナ氏名	オノト タロウ		
漢字氏名	尾不戸 太郎		
性別	男		
生年月日	平成 6年9月10日 (31歳2ヶ月)		

保 険	保険者番号	7 7 7 7 7 7 7 7
	被保険者記号	
	被保険者番号	77777777
	被保険者枝番	
	被保険者との続柄	本人
	被保険者氏名	尾不戸 太郎
	詳細情報	(なし)
	職務上の事由	(なし)
	職業	(なし)
	保険有効期限 (前期高齢者)	__年__月__日
交付日	__年__月__日	
資格取得日	__年__月__日	

保険者所在地	
システム適用期間	__年__月__日

保険者番号 : 7 7 7 7 7 7 7 7 (8桁)
被保険者記号 : なし (スペース1つ入力)
被保険者番号 : 7 7 7 7 7 7 7 7 (9桁)
続柄 : 不明な場合は推測して選択してください。

保険証の登録がある場合は保険証変更を行ってください
 日付は診療を行った月の1日になります

70 歳以上の場合

カルテ番号	18
カナ氏名	オノト タロウ
漢字氏名	尾不戸 太郎
性別	男
生年月日	昭和 20年9月10日 (80歳2ヶ月)

保 険	保険者番号	7 7 7 7 7 7 7 7
	被保険者記号	
	被保険者番号	77777777
	被保険者枝番	
	被保険者との続柄	本人
	被保険者氏名	尾不戸 太郎
	詳細情報	2割 上限18,000円 [後期]
	職務上の事由	(なし)
	職業	(なし)
	保険有効期限 (前期高齢者)	__年__月__日
交付日	__年__月__日	
資格取得日	__年__月__日	

システム適用期間	__年__月__日
----------	-----------

保険者番号 : 7 7 7 7 7 7 7 7 (8桁)
被保険者記号 : なし (スペース1つ入力)
被保険者番号 : 7 7 7 7 7 7 7 7 (8桁)
続柄
 75 歳以上の場合 : 本人
 74 歳以下の場合で、不明な場合は推測して選択してください。
詳細情報 : 患者さんに負担割合を確認して選択
 不明な場合は推測して選んでください。

保険証の登録がある場合は保険証変更を行ってください
 日付は診療を行った月の1日になります

(3) 治療の入力をします。

摘要欄に記載する項目の一覧が表示されますので、「被保険者資格申立書」の記載内容に応じて必要な項目を選択して追加します。

こちらの記載内容に不備があった場合返戻されますので、記入漏れがないようお願いいたします。

カルテの編集

項目の追加

保険者が不詳です。摘要欄に被保険者資格申立書のコメントが必要です。

部位	項目	点数	回数
15	旧資格情報		
15	被保険者資格申立書（カナ氏名）		
15	被保険者資格申立書（保険種別）		
15	被保険者資格申立書（保険者等名称）		
15	被保険者資格申立書（事業所名）		
15	被保険者資格申立書（住所1）		1
15	被保険者資格申立書（住所2以降）		
15	被保険者資格申立書（連絡先電話番号）		
15	被保険者資格申立書（患者に連絡を行った日付）		

（事業所名）は、国保・社保の区別がつかない場合に選択します

居所が複数ある場合に選択します

追加(+)

キャンセル

R7.11.18	歯科初診	267 ×	1
	歯科外来診療医療安全対策加算1（初診）	12 ×	1
	歯科外来診療感染対策加算1（初診）	12 ×	1
	医療情報取得加算（初診）	1 ×	1
	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（1）（初診時）	10 ×	1
	6		
C3急性P u l	浸麻	0 ×	1
	OA(同一顎)+エビリド配合注歯科用Ct 1.8ml（1.8ml）	9 ×	1
	抜髄 3根（水酸化カルシウム+キャピトン）	600 ×	1
	E M R 3根（MB25mm#15,DB25mm#15,P25mm#15）	60 ×	1
	被保険者資格申立書（カナ氏名）:オプト タロウ		1
	被保険者資格申立書（保険種別）:国保		1
	被保険者資格申立書（保険者等名称）:中央区		1
	被保険者資格申立書（住所1）:東京都千代田区千代田1-1-1		1
	被保険者資格申立書（連絡先電話番号）:03-0000-0000		1

その他	医情 1 × 1 歯外べア1初 10 × 1		11
摘要	被保険者資格申立書(カナ氏名):オプト タロウ	公費分請求 点数決定率	点 合計
	被保険者資格申立書(保険種別):国保	患者負担額 (公費)	971 点
	被保険者資格申立書(保険者等名称):中央区	高額療養費	点
	被保険者資格申立書(住所1):東京都千代田区千代田1-1-1	一部負担	円
	被保険者資格申立書(連絡先電話番号):03-0000-0000		