

2025/12/2 から保険証は使用できなくなります

◆令和7年12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、行なうことが原則です。

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・A4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。

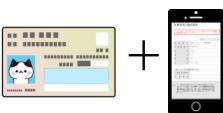
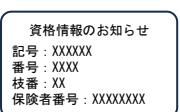
これはあくまで暫定的な対応であり、次回以降の受診時にはマイナ保険証か資格確認書を必ず持参いただくよう呼びかけて下さい。

◆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、マイナバーカードの電子証明書の有効期限が切れて3ヶ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		
<p>※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</p>		
	マイナンバーカードとスマートフォン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で読み取り可能です。
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

- ・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

- ・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

※摘要欄に「旧資格情報」のコメントを記載します。

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。

新患など、保険情報が全く分からぬ

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。

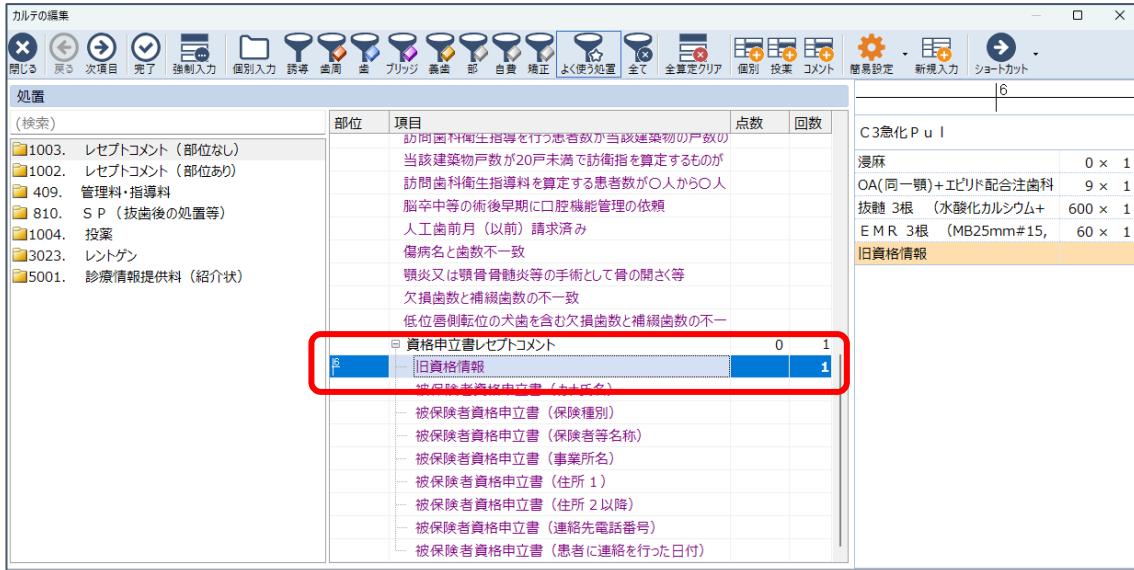
- ・「資格情報のお知らせ」やスマホのマイナポータルで確認ができない
- ・有効期限が切れていない健康保険証を持っていない

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。



その他	医情 1×1 虫歎ベニア初 10×1	11
その他	旧資格情報	
摘要		

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歳以上の場合は、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、あてはまる場合には「 <input checked="" type="checkbox"/> 」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な範囲でのみ使用し、診療報酬請求等の請求・支払等に係る必要な事務を終えた段階で、適やかに廃棄します。	
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 checked="" 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）、その他の（自衛官、公費被扶養医療の場合）、わからぬの□に「 <input checked="" type="checkbox"/> 」を記入された場合は、事業所名（お勤め先の事業所名等）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真くなっていた場合、後日、保険者から差額を請求等させていただく場合があります。	
2 マイナンバーカードの券面事項等	
氏名	(フリガナ) オオト タクウ
	尾戸 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。	
令和7年12月20日 署名 尾戸太郎 (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。

	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
患者原簿		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〒	100-0001
カナ氏名	オノトタケ		
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	7777777777	保険者所在地	
被保険者記号	77777777		
被保険者番号			
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	__年__月__日		
(前期高齢者)	__年__月__日		
交付日	__年__月__日		
資格取得日	__年__月__日		

保険者番号 : 7777777777 (8桁)
被保険者記号 : なし (スペース1つ入力)
被保険者番号 : 7777777777 (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**

システム適用期間 __年__月__日

70歳以上の場合

カルテ番号	18	自宅〒	100-0001
カナ氏名	オノトタケ		
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	7777777777	保険者所在地	
被保険者記号	77777777		
被保険者番号			
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	__年__月__日		
(前期高齢者)	__年__月__日		
交付日	__年__月__日		
資格取得日	__年__月__日		

保険者番号 : 7777777777 (8桁)
被保険者記号 : なし (スペース1つ入力)
被保険者番号 : 7777777777 (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。**

システム適用期間 __年__月__日

**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にお願いいたします。

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
IS	旧資格情報		
IS	被保険者資格申立書（カナ氏名）		
IS	被保険者資格申立書（保険種別）		
IS	被保険者資格申立書（保険者等名称）		
IS	被保険者資格申立書（事業所名）		
IS	被保険者資格申立書（住所1）	1	
IS	被保険者資格申立書（住所2以降）		
IS	被保険者資格申立書（連絡先電話番号）		
IS	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
	浸麻	0 × 1
	OA(同一顎)+エピリド配合注歯科用Ct 1.8ml (1.8ml)	9 × 1
C3急化 P u I	抜髓 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）:オブト 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	の 他				
	医情 1×1 茎外ペア1初 10×1				11
摘要	被保険者資格申立書（カナ氏名）:オブト タロウ	公費分請求	点	合計	971 点
	被保険者資格申立書（保険種別）:国保	点數決定※	点		
要	被保険者資格申立書（保険者等名称）:中央区	患者負担額 (公費)	円	決 定	※ 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	高額療養費	円	一部 負 担	円
	被保険者資格申立書（連絡先電話番号）:03-0000-0000	※			