

# マイナンバーカードが健康保険証として利用できます！

利用申込はカンタン！



マイナンバーカードを健康保険証として利用するためには、申込が必要です。利用の申込は、マイナポータルやセブン銀行のATM、医療機関・薬局の顔認証付きカードリーダーでできます。

ここをクリック！

(\*)子育てや介護をはじめとする行政手続の検索やオンライン申請がワンストップでできたり、行政からのお知らせを受け取ることができる自分専用のサイトです。



マイナンバー(12桁の数字)は使いません！



ICチップには、受診歴や薬剤情報などの個人情報記録されません。

マイナンバーカードの健康保険証利用には、ICチップの中の「電子証明書」を使うため、マイナンバー(12桁の数字)は使われません。

医療機関や薬局の受付窓口でマイナンバーを取り扱うことはありませんし、ご自身の診療情報がマイナンバーと紐づけられることもありません。

どうやって使うの？

スッと置いてピッと認証！

とっても簡単！

## 1 マイナンバーカードをカードリーダーに置く

カードの顔写真を機器で確認します。  
※顔写真は機器に保存されません。



## 2 オンラインであなたの医療保険資格を確認！

マイナンバーカードのICチップにある電子証明書により医療保険の資格をオンラインで確認します。

どんないいことが？ 7つのメリット

### 1 より良い医療が可能に！

本人が同意をすれば、初めての医療機関でも、特定健診情報や今までに使った薬剤情報が医師等と共有でき、より適切な医療が受けられるようになります。  
※薬剤情報は、2021年9月に診療したものから3年分の情報が閲覧できるようになりました。



### 2 自身の健康管理に役立つ！

マイナポータルで、2021年10月から、自分の特定健診情報を順次閲覧できるようになり、自分の薬剤情報を閲覧できるようになりました。  
※特定健診情報は、2020年度以降に実施したものから5年分(遠近5回分)の情報が閲覧できるようになりました。



### 3 オンラインで医療費控除がより簡単に！

マイナポータルで、2021年11月から自分の医療費通知情報が閲覧できるようになりました。また、2021年分所得税の確定申告から、医療費控除の手続きで、マイナポータルを通じて医療費通知情報の自動入力が可能となりました。  
※2021年9月分以降の医療費通知情報について、閲覧・自動入力が可能となりました。



### 4 手続きなしで限度額を超える一時的な支払が不要に！

限度額適用認定証がなくても、高額療養費制度における限度額を超える支払が免除されます。  
※自治体独自の医療費助成等については、書類の持参が必要です。



### 5 医療保険の資格確認がスムーズに！

カードリーダーで顔写真を確認すれば、スムーズに医療保険の資格確認ができ、医療機関や薬局の受け付けにおける事務処理の効率化が期待できます。



### 6 医療費の事務コストの削減！

医療保険の請求誤り等が減少することから、医療保険者等の事務処理コストが削減でき、持続可能な制度運営につながる見込みです。



### 7 健康保険証としてずっと使える！

就職や転職、引越をしても、マイナンバーカードを健康保険証としてずっと使うことができます。医療保険者が変わる場合は、加入の届出が引き続き必要です。



よくある質問にお答えします



マイナンバーを見られるのが不安です

医療機関や薬局の窓口職員が、マイナンバーを取り扱うことはありません。もし見られたとしても、他人があなたのマイナンバーを使って、手続することはできない仕組みになっています。



マイナンバーカードを持ち歩いて大丈夫なの？

健康保険証として使えるようになっても、受診歴や薬剤情報などプライバシー性の高い情報がカードのICチップに入ることはありません。落としたり、失くしたりした場合は、フリーダイヤルで24時間365日体制でカードの一時利用停止を受け付けています。



どこで利用できるの？

マイナンバーカードを健康保険証として利用できる医療機関・薬局は、下のステッカーやポスターが目印です！利用できる医療機関・薬局は、拡大しています。



マイナンバーカードの申請方法

交付申請書をお持ちの方は、以下4つの方法から申請できます！

#### スマートフォン

- ① スマホで顔写真を撮影。
- ② スマホで交付申請書のQRコードを読み取る。
- ③ 申請用WEBサイトでメールアドレスを登録。
- ④ 申請者専用WEBサイトのURLが届いたら、顔写真を登録、必要事項を入力して申請完了。

#### パソコン

- ① カメラで顔写真を撮影。
- ② 申請用WEBサイトでメールアドレスを登録。
- ③ 申請者専用WEBサイトのURLが届いたら、顔写真を登録、必要事項を入力して申請完了。

#### 証明用写真機

- ① タッチパネルから「個人番号カード申請」を選択。
- ② 撮影用の料金を投入して、交付申請書のQRコードをバーコードリーダーにかざす。
- ③ 画面の案内にしたがって、必要事項の入力。
- ④ 画面の案内にしたがって、顔写真を撮影して送信し、申請完了。

#### 郵便

- ① 交付申請書に必要事項を記入し、6か月以内に撮影した顔写真を貼り付けて郵送し、申請完了。

交付申請書をお持ちでない方は、マイナンバーカード郵便

- ① 専用サイトから手書き用の交付申請書と封筒をダウンロードすれば、郵便で申請ができます！プリントアウトしてご利用ください。  
※手書き用の交付申請書には、顔写真の貼付とマイナンバーの記入が必要です。
- ② 市区町村の窓口でも、交付申請書を再発行しています。本人確認書類(運転免許証、パスポート等)を持参の上、お住まいの市区町村へ行きましょう。

マイナンバー制度・マイナンバーカードについてのお問合せ

マイナンバー総合フリーダイヤル  
0120-95-0178  
※ 24時間365日受付

※ 一部のIP電話等で上記ダイヤルに繋がらない場合  
マイナンバーカード等 050-3818-1250  
その他のお問合せ 050-3818-9405  
※ 英語、中国語、韓国語、スペイン語、ポルトガル語対応のフリーダイヤル  
マイナンバーカード等 0120-0178-26  
マイナンバーカード等 0120-0178-27

# マイナンバーカードが健康保険証として利用できます！

※利用できる医療機関・薬局については、裏面にをご覧ください。  
※従来の健康保険証が利用できなくなるわけではありません。



厚生労働省のホームページでも利用できる医療機関・薬局を案内しています。

デジタル庁 総務省 厚生労働省

【記入例】

【お願い】 この申請書は、対象者毎にご提出ください。

|      |       |       |      |     |   |
|------|-------|-------|------|-----|---|
| 常務理事 | 事 務 長 | 事務長代行 | 業務課長 | 係 長 | 係 |
|      |       |       |      |     |   |

健康保険 限度額適用認定証交付申請書

|                                |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |         |                                                                                             |
|--------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 記号・番号                          |      | 7 2 6                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 1 2 3 6 | 事業所名称                                                                                       |
| 被保険者                           | 氏 名  | 健保 太郎                                                                                                                                                                                                                                                                                              |         | 伊藤忠〇〇販売(株)                                                                                  |
|                                | 生年月日 | (昭)・平・令 29年 10月 11日生                                                                                                                                                                                                                                                                               |         | マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払が免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。 |
| 対 象 者                          | 氏 名  | 健保 花子 続柄 ( 妻 )                                                                                                                                                                                                                                                                                     |         |                                                                                             |
|                                | 生年月日 | (昭)・平・令 38年 11月 28日生                                                                                                                                                                                                                                                                               |         |                                                                                             |
| 被保険者の住所                        |      | 〒123-4567<br>神奈川県横浜市〇〇区△△町 1-5-9<br>連絡先 03-3×××-×××× (会社 自宅 携帯)                                                                                                                                                                                                                                    |         |                                                                                             |
| 認定証送付先住所<br>(被保険者の住所と同じ場合は省略可) |      | 〒123-4423<br>千葉県船橋市△△町 1-3-5 〇〇病院 西棟 999 号室<br>送付先名称 伊藤忠〇〇販売 (株) (事業所 実家 病院 その他)                                                                                                                                                                                                                   |         |                                                                                             |
| 入院又は通院開始日                      |      | 月 日 より 入院予定・入院中・通院 (平成 24 年 4 月 1 日受診分から通院も申請可)<br>◎有効期限は、該当月から 8 月末までとなります。9 月以降認定証が必要な場合は再度申請をしてください。                                                                                                                                                                                            |         |                                                                                             |
| 申 請 先                          |      | 〒103-8427 東京都中央区日本橋小伝馬町 15-14<br>伊藤忠連合健康保険組合 業務課 電話：03 (3662) 9951<br>※申請書は、F A X による送信が可能です。F A X：03 (3662) 9955                                                                                                                                                                                  |         |                                                                                             |
| 備 考                            |      | この申請により交付された認定証を病院の窓口に提示すれば、七十歳未満の方の療養に係る窓口負担額を自己負担限度額に止めることができますようになります。従いまして、従来のような多額の費用を負担することがなくなります。なお、七十歳以上の方で、高齢受給者証 (2 割負担) を交付している方は、既に自己負担限度額に止める措置が講じられていますので、認定証の交付申請は必要ありません。高齢受給者証 (3 割負担) を交付している方で標準報酬 28 万円～79 万円の方は認定証の交付をいたしますので申請書をお送りください。                                    |         |                                                                                             |
| 参考：自己負担限度額<br>(高額療養費)          |      | 区分「ア」：83 万円以上 252,600 円+ (総医療費－842,000 円) ×1% (多数該当 140,100 円)<br>区分「イ」：53 万円～79 万円 167,400 円+ (総医療費－558,000 円) ×1% (多数該当 93,000 円)<br>区分「ウ」：28 万円～50 万円 80,100 円+ (総医療費－267,000 円) ×1% (多数該当 44,400 円)<br>区分「エ」：26 万円以下 57,600 円 (多数該当 44,400 円)<br>◎総医療費とは、一月 (1 日から月末) に一つの医療機関で入院・外来別に要する医療費総額 |         |                                                                                             |

上記のとおり申請いたします。

令和 〇〇 年 △ 月 〇〇 日

伊藤忠連合健康保険組合 理事長 殿

【 受 付 年 月 日 】

【お願い】 この申請書は、対象者毎にご提出ください。

|      |       |       |      |     |   |
|------|-------|-------|------|-----|---|
| 常務理事 | 事 務 長 | 事務長代行 | 業務課長 | 係 長 | 係 |
|      |       |       |      |     |   |

健康保険 限度額適用認定証交付申請書

|                                                         |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |       |                                                                                             |
|---------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 記号・番号                                                   |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   | 事業所名称 |                                                                                             |
| 被保険者                                                    | 氏 名  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |       |                                                                                             |
|                                                         | 生年月日 | 昭・平・令                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 年 | 月     | 日生                                                                                          |
| 対 象 者                                                   | 氏 名  | 続柄<br>( )                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |       | マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払が免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。 |
|                                                         | 生年月日 | 昭・平・令                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 年 | 月     |                                                                                             |
| 被保険者の住所                                                 |      | 〒<br><br>連絡先 (会社 自宅 携帯)                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |       |                                                                                             |
| 認定証送付先住所<br>(被保険者の住所と同じ場合は省略可)                          |      | 〒<br><br>送付先名称 気付 (事業所 実家 病院 その他)                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |       |                                                                                             |
| 入院又は通院開始日                                               |      | 月 日 より 入院予定・入院中・通院 (平成24年4月1日受診分から通院も申請可)<br>◎有効期限は、該当月から8月末までとなります。9月以降認定証が必要な場合は再度申請をしてください。                                                                                                                                                                                                     |   |       |                                                                                             |
| 申 請 先                                                   |      | 〒103-8427 東京都中央区日本橋小伝馬町 15-14<br>伊藤忠連合健康保険組合 業務課 電話：03 (3662) 9951<br>※申請書は、FAXによる送信が可能です。FAX：03 (3662) 9955                                                                                                                                                                                       |   |       |                                                                                             |
| 備 考                                                     |      | この申請により交付された認定証を病院の窓口に提示すれば、七十歳未満の方の療養に係る窓口負担額を自己負担限度額に止めることができますようになります。従いまして、従来のような多額の費用を負担することがなくなります。なお、七十歳以上の方で、高齢受給者証 (2 割負担) を交付している方は、既に自己負担限度額に止める措置が講じられていますので、認定証の交付申請は必要ありません。高齢受給者証 (3 割負担) を交付している方で標準報酬 28 万円～79 万円の方は認定証の交付をいたしますので申請書をお送りください。                                    |   |       |                                                                                             |
| 参考：自己負担限度額<br>(高額療養費)                                   |      | 区分「ア」：83 万円以上 252,600 円+ (総医療費－842,000 円) ×1% (多数該当 140,100 円)<br>区分「イ」：53 万円～79 万円 167,400 円+ (総医療費－558,000 円) ×1% (多数該当 93,000 円)<br>区分「ウ」：28 万円～50 万円 80,100 円+ (総医療費－267,000 円) ×1% (多数該当 44,400 円)<br>区分「エ」：26 万円以下 57,600 円 (多数該当 44,400 円)<br>◎総医療費とは、一月 (1 日から月末) に一つの医療機関で入院・外来別に要する医療費総額 |   |       |                                                                                             |
| 上記のとおり申請いたします。<br><br>令和 年 月 日<br><br>伊藤忠連合健康保険組合 理事長 殿 |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |       | 【 受 付 年 月 日 】                                                                               |
|                                                         |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |       |                                                                                             |