

令和7年度後期高齢者医療年齢到達分
資格確認書等作成封入封緘業務委託

仕 様 書

大分県後期高齢者医療広域連合

後期高齢者医療年齢到達分資格確認書等作成封入封緘業務委託仕様書	1
・後期高齢者医療資格確認書仕様書	7

1 業務名

令和7年度後期高齢者医療年齢到達分資格確認書等作成封入封緘業務委託

2 概要

この業務は、75歳年齢到達により後期高齢者医療の被保険者となる者が使用する資格確認書を、受託者が作成、封入封緘のうえ、委託者に納品するものである。以後、当仕様書では委託者を甲、受託者を乙と記載する。

3 資格確認書等の作成内容及び数量、発送数見込

	名称	数量	仕様等
1	資格確認書等 (連続帳票形式台紙付資格確認書及び送付先記載用紙)	数量は目安であり、実際の作業数量は予定数量よりも増加あるいは減少する可能性がある。	
2	資格確認書発送用封筒	〃	のり付け部分は任意の形式とする。
3	臓器提供意思表示欄保護シール※1	〃	上質紙70kg・リピール黄色セパ 表面に保護シール添付(単色印刷)
4	資格確認書裏面貼り合わせ用 両面テープ※2	〃	両面サンド上質紙55kg 強粘黄色セパ・強粘黄色セパ 表面に保護シール添付(単色印刷)
5	資格確認書用カードケース※3	〃	片面透明、片面着色(パールソフトカード入れ)
6	お知らせ文書・正誤表(A4サイズ)	〃	上質紙55kg両面・黒色1色印刷
	被扶養者軽減届出書(A4サイズ)	〃	上質紙55kg両面・黒色1色印刷
	A4リーフレット	〃	コート紙73kg両面・4色印刷
7	後期高齢者医療のしおり※4	〃	小冊子(大きさ20cm×11cm以内・重量50g以内)
8	資格確認書交付リスト(データ)	総括分を1個(データ)	帳票サイズは任意、最大A3程度(横向き)
9	簡易書留記録追跡調査用データ	総括分を1個(データ)	磁気記録媒体等
10	簡易書留郵便物受領証(データ)	総括分を1個(データ)	帳票、磁気記録媒体等

※1～4については広域連合が用意する。

発送数及び納品日

発送月	発送数(見込み)	データ送付日	納品予定日
令和7年12月	1,944	令和7年12月5日(金)	令和7年12月15日(月)
令和8年1月	1,676	令和8年1月9日(金)	令和8年1月19日(月)
令和8年2月	1,600	令和8年2月6日(金)	令和8年2月16日(月)
令和8年3月	1,780	令和8年3月6日(金)	令和8年3月16日(月)
合計	7,000		

- (1) 資格確認書等の作成 (7,000 部見込み)
詳細は「後期高齢者医療資格確認書等仕様書」のとおり
ア. 連続帳票形式台紙付資格確認書及び送付先記載用紙の作成
- (2) 資格確認書郵送用封筒 (7,000 部見込み)
※見本では両面テープになっているが、のりづけ部分は任意の形式とする。
- (3) 臓器提供に関する意思表示欄保護シール (7,000 部見込み)
ア. 連続帳票形式台紙付資格確認書に同封する保護シール
- (4) 資格確認書裏面貼合わせ用両面テープ (7,000 部見込み)
ア. 連続帳票形式台紙付資格確認書に同封する両面テープ
- (5) 資格確認書用カードケース (7,000 部見込み)
ア. 資格確認書: 54 ミリ×86 ミリに対応
- (6) 同封文書 (各 7,000 部見込み)
ア. お知らせ文書・正誤表 (上質紙 55 kg 両面・黒色 1 色印刷)
A4 サイズ両面・黒色 1 色印刷
イ. 被扶養者軽減届出書 (上質紙 55 kg 両面・黒色 1 色印刷)
A4 サイズ両面・黒色 1 色印刷
ウ. A4 リーフレット (コート紙 73 kg 両面・4 色印刷)
- (7) 後期高齢者医療のしおり (6,800 部見込み)
ア. 小冊子 (大きさ 20 センチメートル×11 センチメートル以内・重量 50 グラム以内)
※ (3)、(4)、(5)、(7) については甲が用意するものとする。
- (8) 資格確認書交付リスト及び簡易書留追跡調査用データの作成
ア. 資格確認書交付リストを郵便番号順、被保険者番号順に仕分けて 1 セット作成する。なお、帳票のサイズは任意とするが、最大で A3 程度 (横向き) までとする。また、総括分を 1 個データで作成する。
イ. 簡易書留記録追跡調査用データを磁気記録媒体等で 1 個作成する。
ウ. 簡易書留郵便物受領証を 2 部作成する。また、総括分を 1 個データで作成する。

エ. 上記ア及びイに抽出する項目は、任意の連番、被保険者番号、氏名、郵便番号、住所、簡易書留用引受番号等とする。

※詳細については、別途指示する。※加工可能な形式のデータとする。

(9) 磁気記録媒体等の運搬

委託者（以下「甲」という。）が提供する磁気記録媒体等を受託者（以下「乙」という。）の作業場所まで運搬する。磁気記録媒体等の受け渡し時は、甲が指定する方法で適切な運搬者であるか確認をする。運搬車両は、施錠管理のできるものを使用すること。

(10) 提供データによる作成帳票への印字と印字用プログラム等の作成

ア. 印字用プログラム指示書（要打ち合わせ）によりプログラムを作成する。

イ. 台紙付資格確認書及び送付先記載用紙への印字

(11) 簡易書留郵便の郵送料を低減させる方策の施工

ア. 郵便局から指定された引受番号によるバーコード（NW7）を台紙付資格確認書に印字

イ. 封入封緘後の封筒は、市町村ごと、郵便番号順、被保険者番号順に並べて納品を行う。

(12) 資格確認書、臓器提供に関する意思表示欄保護シール、両面テープ、資格確認書用カードケース、同封文書及び小冊子等の封入封緘

ア. 市町村別に、市町村ごと、郵便番号順、被保険者番号順に仕分けした後、通数をチェックすること。

イ. 台紙付資格確認書及び送付先記載用紙を裁断等し、封入する。

ウ. 臓器提供に関する意思表示欄保護シールを封入する。

エ. 資格確認書裏面貼合わせ用両面テープを封入する。

オ. A4サイズ「お知らせ文書・正誤表」（両面印刷）を封入する。

カ. A4サイズ「被扶養者軽減届出書」（両面印刷）を封入する。

キ. A4サイズリーフレット（両面印刷）を封入する。

ク. 小冊子を封入する。

ケ. 資格確認書カードケースを封入する。

コ. 上記作業工程中に、帳票等が混じることのないよう、適切な対策を講じること。万一事故等で混入しても、漏れなく発見できるよう、安全対策を講じること。

- サ. 封入封緘作業において、誤封入、誤発送防止のためCCDカメラ検査装置、厚み検査装置、重さ検査装置等により検査すること。
上記イ・ウ・エ・オ・カ・キ・ク・ケは同一封筒に合封するものとし、封入封緘した成果物の重量が100gを超えないこととする。
※詳細については、別途指示する。

(13) 納品方法

- ア. 封入封緘済資格確認書等の成果物は、発送の前営業日までに、数量を甲へ報告すること。
- イ. 運搬車両はコンテナ積載型、ワゴンタイプ等、積み荷に対して施錠管理のできるものを使用すること。
- ウ. 資格確認書等封入封緘済封筒、簡易書留郵便物受領証、資格確認書交付リスト及び簡易書留追跡調査用データが含まれる磁気記録媒体等の指定数量を一緒にして、甲に指定された時間及び場所に納品すること。また、資格確認書等封入封緘済封筒は、市町村ごと、郵便番号順、被保険者番号順に整理して箱詰めをすること。また、箱の外側に、任意の連番等を見やすい場所に2ヶ所記入する。表記項目は、別途指示する。
- エ. 県内総括分の資格確認書交付リスト（データ）、簡易書留郵便物受領証（データ）及び簡易書留追跡調査用データを磁気記録媒体等で甲へ納品する。※納品に際しては、必ず事前に、別に定める検品方法により検品を行うこと。

4 成果物等の納品日及び数量

(1) 成果物等の納品日及び数量（詳細は1ページ参照）

- ア. 磁気記録媒体等の乙への引き渡し日
- イ. 成果物の納品日（甲へ納品）
- ウ. 作成する資格確認書の数量（7,000部見込み）

5 磁気記録媒体等及びデータ形式等について

(1) 磁気記録媒体等の仕様について

磁気記録媒体等の仕様は、契約締結後別途指示する。

(2) データ形式等について

- ア. 甲が乙に引き渡すデータは、CSVファイル形式とする。
- イ. 詳細なレコードレイアウト等は、入札締結後別途協議する。

ウ. 使用する文字コードは、UTF-8（住基ネット統一文字コードに準じた体系（UCS2のコード領域を使用））とする。

6 作業場所

- (1) 乙は作業場所について、あらかじめ甲の承諾を得ること。
- (2) 各作業工程に関しては、必要に応じて広域連合職員に具体的な作業工程等を説明すること。
- (3) 作業場所は、乙の社屋内でかつ1工場で、資格確認書等への印字から封入封緘後、市町村ごと、郵便番号順、被保険者番号順に整理・箱詰めをするところまでの一連の作業を連続して行える場所とすること。やむをえず、複数の工場で行う場合には、甲にその旨を連絡し、許可を得なければならない。

7 検品

検品時は以下の点に留意すること。

- (1) 検品方法
 - ア. 後処理段階での裁断事故等がないか確認する。
 - イ. 成果物がそれぞれ指示どおりに完成しているか確認する。

8 検証

- (1) 文字の照合
甲が指定するフォントを適正に印字できるように対策を講じること（フォントの指定については「後期高齢者医療資格確認書等仕様書」参照）。
- (2) テストデータによる印字検証
磁気記録媒体等受け渡し前に、資格確認書等の印字テストデータにより検証を行う。テストデータに不備がある場合は、新たに作成して引き渡すものとし、検証結果が正しいものと確認されるまで検証を行う。その際使用する帳票類は、乙の負担で用意するものとする。
- (3) 簡易書留の郵便局確認
作成する簡易書留郵便物（資格確認書）については、契約締結後に甲が別途指示する郵便局にテスト品を提示し、引受番号の読み取り検査を受けること。

9 印影の取扱いについて

資格確認書等に必要な公印の印影は、甲が提供する。乙は、業務の終了後、速やかに甲に印影を返却するものとする。

10 個人情報保護

- (1) 業務を実施するための個人情報の取扱いについては、関係諸法令並びに契約時に取り交わす(別記)「個人情報取扱特記事項」を遵守すること。
- (2) 資格確認書発行用データ等の受け渡しについて、提供データは暗号化等の処理を行い、受託者において、運搬時のセキュリティ及びデータ保護の対策を講じること。
- (3) データの処理・保管・納品をする際は、個人情報を扱う上で十分なセキュリティ対策を備えること。

11 成果物の帰属

この業務における成果物の所有権は、甲に帰属する。

12 その他

仕様書に定めのない事項及び疑義が生じたときは、事前に甲、乙が協議して決定するものとする。

後期高齢者医療資格確認書等仕様書

1. 後期高齢者医療資格確認書

(1) 大きさ

縦 (54 ㎜×2) × 横 86 ㎜

(2) 厚さ

Nip 上質紙 135 kg

(3) 材質

ア. 裏面ラミネート加工

イ. レーザープリンタでの印刷が可能であり、かつ印字後にじみ・はがれ等がおこらないものを使用すること。

ウ. ボールペンを使用した手書きによる加筆が可能であること。

(4) 表面の偽造防止措置

コピーをすると任意の文字を浮き出させるコピー偽造防止措置を施すこと。

(5) 配色等

表面 3色 (印字は黒色。印影は赤色。資格確認書の色は別途協議するものとする。)

(6) 山折線の加工

資格確認書を半分に折るための仕様を施すこと。

(加工については任意の方式とする。)

(7) 表面イメージ及び印字内容

見本 (9 ページ) を参照。

2. 連続帳票形式台紙

(1) 大きさ

長形 3号サイズの封筒に封入できること。

縦 (115 ㎜×2) × 横 216 ㎜

もしくは縦 (115 ㎜) × 横 (216 ㎜×2)

(2) 厚さ

Nip 上質紙 135 kg

(3) 材質

資格確認書と同じ材質を使用する。

(4) 配色等

表面は白色、印字は黒色 (資格確認書部分を除く)

- (5) 表面の印刷対応
複写及び複製の作成防止の措置は行わない（資格確認書部分を除く）。
- (6) 表面イメージ及び印字内容
見本（10ページ）を参照。
 - ※ 資格確認書部分が無理なく剥ぎ取れるようにすること。
 - ※ 抜き取り作業が容易となるように任意の連番を封筒窓部分から見える箇所に印字すること。

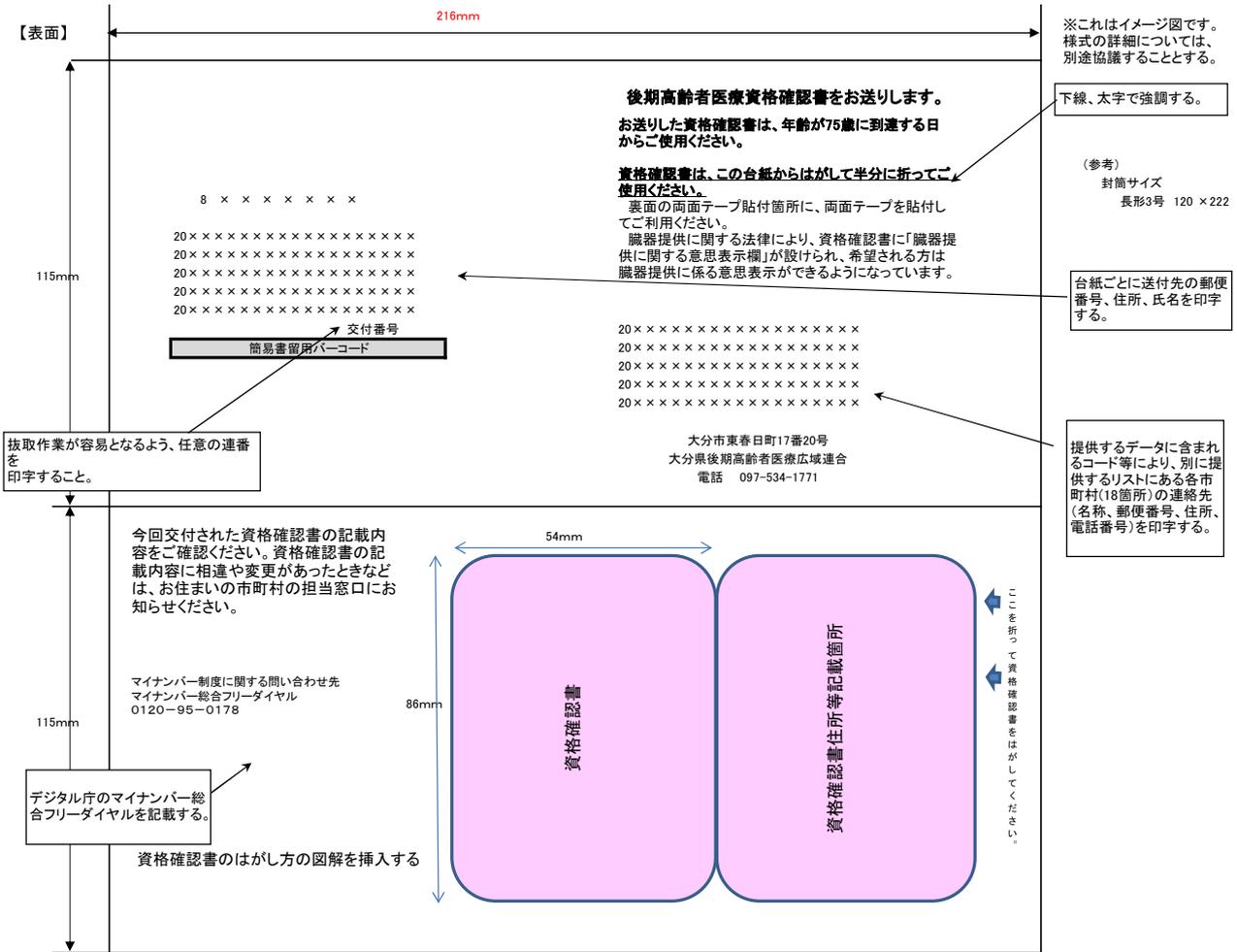
3. 資格確認書等送付用封筒

- (1) 大きさ
長形3号サイズ（縦230ミリ×横120ミリ・折り返し部分は含まず）
- (2) 材質
封筒の外側から見て封入物が透けて見えないように、封筒の内側に地紋を1色印刷すること。
- (3) 配色等
外側表面・裏面 2色（青色及び赤色）
内側地紋 1色（青色）
- (4) 窓あき（表面2箇所）
台紙に印刷した送付先宛名及び返戻先市町村の連絡先等がそれぞれ見えるように窓部分を透明にすること。
- (5) 表面イメージ及び印字内容
見本（11ページ）を参照。

4. 印字文字について

- (1) 資格確認書の印字に使用する外字について
住基ネット統一文字コードに準じた体系の範囲外の外字について、甲が提供する外字ファイル（TTEファイル、1,000文字以内）を使用し、印字できるようにすること。
- (2) 資格確認書の印字に使用する外字以外のフォントについて
「住基ネット明朝」あるいは「K A J O _ J 入力システム後期高齢者医療広域連合電算処理システム対応版」に含まれるフォントとする。なお、このフォントの使用について、使用許諾等が必要な場合は、受託者がその責任を負うものとする。
- (3) 資格確認書以外の部分に使用するフォントについて
契約締結後、別途協議するものとする。

連続帳票形式台紙レイアウトイメージ図

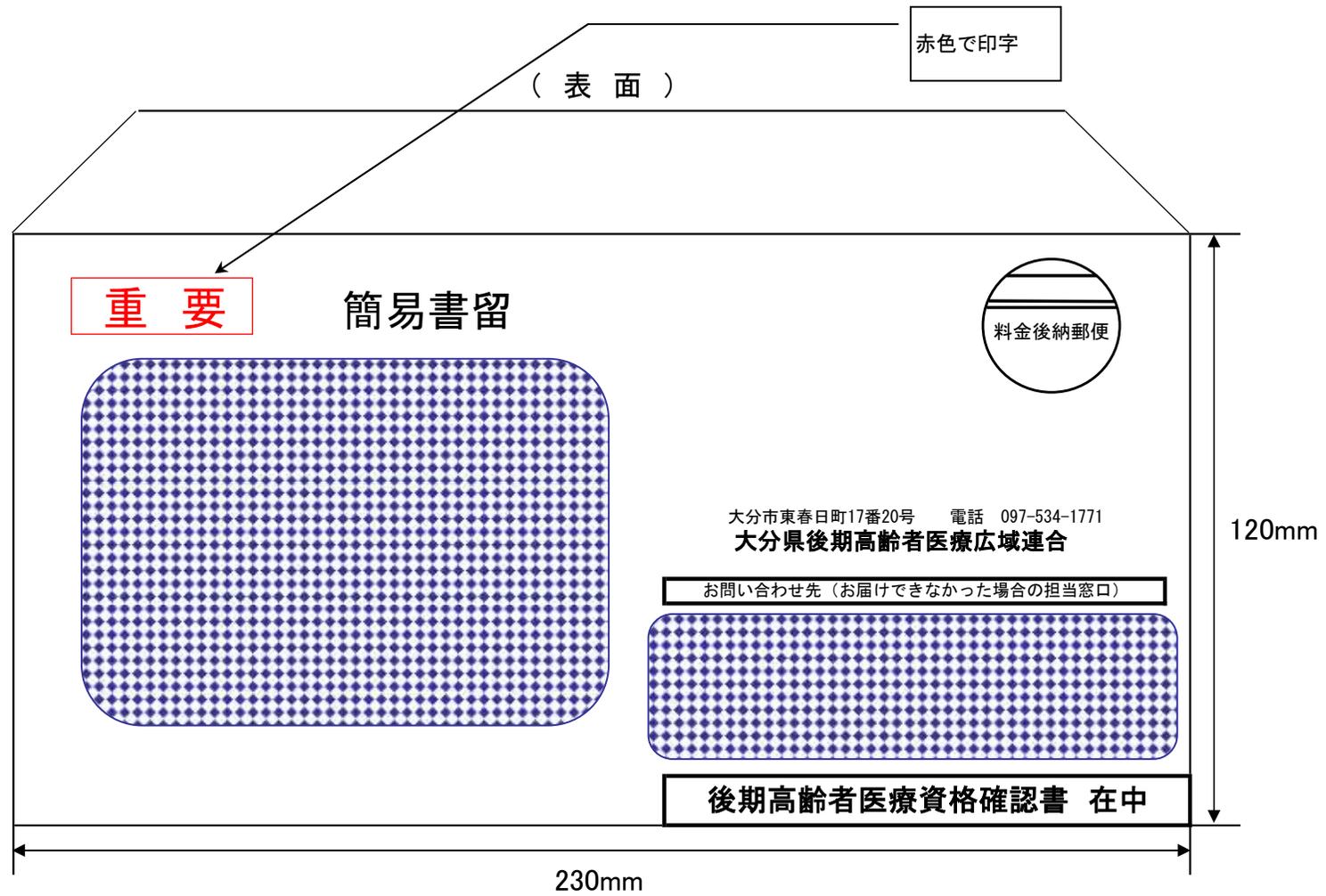


【表面】

注意事項

- 1 資格確認書の交付を受けたときは、大切に保管してください。
- 2 保険医療機関等において診療を受けようとするときは、その窓口で電子資格確認を受けるか、資格確認書を提出してください。
- 3 療養を受ける際に支払う一部負担金の額は、保険医療機関等ごとに1箇月につき、別に定められた額を限度とします。入院の際に食事療養又は生活療養を受ける場合に支払う食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額は、別に厚生労働大臣が定める減額された額となります。また、認定を受けた特定疾病に係る診療を受ける場合に支払う金額は、保健医療機関等ごとに1箇月につき1万円を限度とします。ただし、入院した場合には、食事療養又は生活療養に要する費用について、別途定額の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を求めことになります。
- 4 被保険者の資格がなくなったときは、直ちにこの資格確認書を市町村に返還してください。また、転出の届出をする際には、この資格確認書を添えてください。
- 5 この資格確認書の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この資格確認書を添えて、保険者(後期高齢者医療広域連合)あての届出書を、市町村に提出してください。
- 6 有効期限を経過したときは、この資格確認書を使用することができません。また、有効期限を経過した資格確認書を使用して後期高齢者医療給付を受けた場合は、後期高齢者医療給付の返還を求められます。
- 7 後期高齢者医療広域連合の検認又は更新のため、資格確認書の提出を求められたときは、速やかに市町村に提出してください。
- 8 特別の事情なく保険料を滞納した場合は、資格確認書の返還を求められます。
- 9 不正に資格確認書を使用した者は、刑法により詐欺罪として拘禁刑の処分を受ける場合があります。

資格確認書送付用封筒レイアウトイメージ図



※これはイメージ図です。様式の詳細については、別途協議することとする。

75歳の誕生日より 後期高齢者医療制度の被保険者となります

[制度の詳細につきましては同封しております「後期高齢者医療のしおり」をご覧ください]

資格確認書をお送りいたします

75歳を迎えられる誕生日以降に医療機関等を受診する場合はマイナ保険証、又は同封しております資格確認書をご使用ください。

※ 今回お送りした資格確認書の有効期限は、令和8年7月31日です。

※ 資格確認書に適用区分の併記を希望する場合は市町村窓口にて申請が必要です。「特定疾病認定」を受け、後期高齢者医療制度においても引続き必要な方も、お手数ですが市町村窓口にて申請が必要となります。また、過去12か月間に90日を超える入院がある方は、限度額適用・標準負担額減額認定の「長期入院該当」の対象となる場合があります。

社会保険の人の被扶養者の手続きについて

社会保険（被用者保険）の被保険者本人（例えば夫）が75歳になって後期高齢者医療保険に変わる場合、被扶養者の人（例えば75歳未満の妻）も社会保険の資格がなくなるため、国民健康保険に加入するか、他のご家族（例えば子）の社会保険の被扶養者の認定を受けなければなりません。手続きについては、加入する国民健康保険や社会保険の担当窓口にお問い合わせください。

保険料の納付についてのお知らせです

令和7年度の保険料額のお知らせについては、保険料の賦課計算処理の関係上、下記の時期にお住まいの市町村より送付いたします。なお、納付につきましては保険料額のお知らせに同封される納付書で納めていただくこととなります。

保険料の通知書は翌月中旬にお住まいの市町村から送付されます

※ 年金から保険料を差引くには相当の期間を要するため、当分の間は納付書にてお支払いをお願いいたします。また、年金から差引くようになる時には、別途案内をお送りいたします。

口座振替を希望される方へ

お手数ですがお住まいの市町村に申請が必要となります。（国民健康保険税で口座振替を登録されている方も、後期高齢者医療保険料の口座振替を希望される方については、別途申請が必要となりますのでご了承ください。）なお、口座振替の開始月については、市町村によって異なっており申請月の翌月末以降の納期分から開始となる場合がありますので、お早めに申請をお願いします。詳しくは、市町村の担当窓口へお問い合わせください。

令和7年度版後期高齢者医療のしおり（正誤表）

□令和7年度版後期高齢者医療のしおり 28 ページにて下記のとおり誤りがございました。お詫びして訂正いたします。

(誤) ◇保険料の具体例（年金収入のみ）

【令和7年度】 所得割率 11.55% 均等割額 59,200円
 〈単身世帯の場合〉 (円)

年金額	所得割率	所得割額	均等割の 軽減割合	軽減後の 均等割額	保険料総額
120万	11.55%	0	7割軽減	17,760	17,700
160万	11.55%	8,085	5割軽減	29,600	37,600
180万	11.55%	31,185	5割軽減	29,600	60,700
220万	11.55%	77,385	2割軽減	47,360	124,700



(正)

〈単身世帯の場合〉 (円)

年金額	所得割率	所得割額	均等割の 軽減割合	軽減後の 均等割額	保険料総額
120万	11.55%	0	7割軽減	17,760	17,700
160万	11.55%	8,085	7割軽減	17,760	25,800
180万	11.55%	31,185	5割軽減	29,600	60,700
220万	11.55%	77,385	2割軽減	47,360	124,700

□令和7年度版後期高齢者医療のしおり 11 ページに掲載されている「低所得者Ⅰ」の判定基準が見直され、令和7年8月1日から下記のとおり変更されています。

令和7年7月31日まで

低所得者Ⅰ

世帯の全員が住民税非課税で、世帯全員の各種所得（給与・公的年金収入のある方は下記の計算による所得）が0円となる方。

給与所得＝給与収入－給与所得控除－100,000円
 年金所得＝公的年金収入－800,000円



令和7年8月1日から

低所得者Ⅰ

世帯の全員が住民税非課税で、世帯全員の各種所得（給与・公的年金収入のある方は下記の計算による所得）が0円となる方。

給与所得＝給与収入－給与所得控除－100,000円
 年金所得＝公的年金収入－806,700円

還付金詐欺に注意！！ 「キャッシュカード/通帳・印鑑」を渡さないでください。

全国各地で、還付金詐欺等が発生しております。「年金の払い戻しがある」、「医療費の戻りがある」とキャッシュカード等をだまし取り、口座から現金を引き出されるなどの被害が発生しております。不審に思われた時は、すぐにお住まいの市町村か後期高齢者医療広域連合までご連絡をお願いします。

臓器提供の意思表示について

臓器移植は病気や事故によって臓器（心臓や肝臓など）が機能しなくなった方に、他の方の健康な臓器を移植して、機能を回復させる医療です。日本で臓器の移植希望登録をしている人はおよそ1万6千人います。

しかし、臓器の提供が少なく、数多くの方が移植を待ちながら亡くなられています。わたしたちひとりひとりが、今、臓器提供について考え、家族と話し合い、自分の臓器提供に関する意思を表示しておくことが大切です。

資格確認書に臓器提供の意思を記入できるようにしていますので、意思表示にご協力ください。

意思表示をする場合は、資格確認書を台紙からはぎ取ってから記入欄に記入してください。

なお、臓器提供の意思表示をするかどうかは、ご本人の判断によるものであり、必ずしも意思表示をする必要はありません。

●記入の注意点

※特記欄には次のようなことを記入することができます。

・ 組織の提供について

臓器提供をすることを選んだ方で、皮膚、心臓弁、血管、骨などの組織も提供していい方は、「すべて」あるいは「皮膚」「心臓弁」「血管」「骨」などと記入できます。

・ 親族優先の意思について

親族に優先して臓器提供をしたい場合は、「親族優先」と記入できます。

※署名欄には、

- ・ 本人の署名及び署名年月日を自筆で記入してください。
- ・ 可能であれば、意思表示をしていることを知っている家族が、確認のために署名してください。

《臓器提供に関するご質問お問い合わせは》

(公社) 日本臓器移植ネットワーク

フリーダイヤル : 0120-78-1069

ホームページ : <http://www.jotnw.or.jp>

後期高齢者医療制度の被保険者となった方で 社会保険の被扶養者であった皆様へ 《保険料軽減の届出について》

後期高齢者医療制度においては、後期高齢者医療制度加入日前日に職場の健康保険（国保・国保組合は除く）の被扶養者であった方に、保険料の軽減措置が設けられています。

後期高齢者医療制度の加入日前日に、職場の健康保険の被扶養者であった方は、裏面の「後期高齢者医療保険料の軽減に関する回答書」に、下記書類を添付してお住まいの市町村窓口へ提出してください。

添付いただく書類（どちらか1点）

- ・資格喪失証明等の資格喪失日を確認できるもの
- ・社会保険の被保険者証、資格確認書または資格情報のお知らせのコピー

ご提出いただいた回答書をもとに、軽減対象となることが確認できた場合は、保険料額が軽減された令和7年度保険料額決定通知をお送りいたします。

軽減対象の確認に時間を要した場合は、一旦、軽減の適用がされていない保険料額で令和7年度保険料額決定通知が届き、保険料を納付していただくこととなります。これにより保険料を納めすぎとなった場合は、後日超過分の還付をいたします。ご了承ください。

※軽減対象の確認には数ヶ月ほどかかる場合があります

※提出期限：翌月の最終開庁日

なお、提出期限経過後であっても市町村窓口にて随時受付を行っています。

社会保険（市町村国保、国保組合以外）の被扶養者であった方に係る「後期高齢者医療保険料の軽減に関する回答書」

①

あなたは次のどれに該当していましたか？	1. 職場の健康保険の本人 ⇒ この回答書の提出は不要です。 2. 職場の健康保険の扶養家族 ⇒ 以下の項目に記入して提出してください。 3. 市町村の国民健康保険 ⇒ この回答書の提出は不要です。 4. 国民健康保険組合 ⇒ この回答書の提出は不要です。 5. 上記以外 ⇒ この回答書の提出は不要です。
---------------------	--

②

あなたの住所			
(フリガナ)		生年月日	昭和 年 月 日
あなたの氏名		電話番号	
後期高齢者医療被保険者番号(8桁) ※資格確認書の一番上の欄に記載しています。			

③

職場の健康保険から資格喪失証明書(連絡票)を受け取っていますか？	1. 受けとっている ⇒ 資格喪失証明書等をこの回答書に添えて提出してください。 2. 受け取っていない ⇒ 誕生日(資格取得日)前日に加入していた被保険者証、資格確認書または資格情報のお知らせのコピーをこの回答書に添付して下さい。無い方は以下の項目に記入して提出してください。
----------------------------------	--

④

記号(見本の 1)		番号(見本の 2)	
健康保険の本人氏名 ※本人とは、あなたではなく、会社等に勤めている方のことです。		(フリガナ)	
事業所	所在地		
	名称		
保険者	番号(見本の 3)	(4~8桁)	
	名称(見本の 4)	(全国健康保険協会〇〇支部、〇〇健保組合など)	

●社会保険等の資格確認書、資格情報のお知らせの見本

健康保険 家族(被扶養者) 令和 年 月 日交付
資格確認書

記号 1 番号 2 (枝番)

氏名
生年月日 年 月 日 QRコード

性別
資格取得年月日
有効期限

保険者番号 3

保険者名称 4 全国健康保険協会 〇〇支部 健康保険

保険者所在地

資格情報のお知らせ

記号 1 番号 2 枝番

氏名 協会 太郎

生年月日 年 月 日

資格取得年月日 令和〇年〇月〇日

保険者番号 3

保険者氏名 全国健保協会 〇〇支部 4

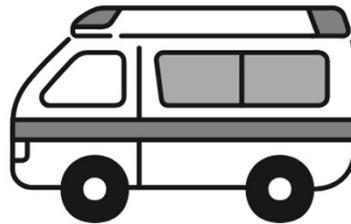
医療機関・薬局の受付の際には、保険証として マイナンバーカード

のご利用をご検討ください



急病のとき、マイナ保険証が役立っています！

マイナ保険証
を救急でも！



ご自身で説明することが難しい状態でも、救急隊が通院やお薬の記録を確認でき、適切な応急処置や医療機関への搬送につながります。

(例)

息苦しくて会話ができない(60代男性)

自宅で夫が倒れたが、いつも飲んでいる薬がわからない(90代女性)

外出先の事故でお薬手帳を持っておらず、薬の情報がわからない(50代女性)

【病院の声】

- 飲んでる薬が事前にわかったので、緊急手術の準備ができました。
- 正確な情報は治療に必須なので、役立ちます。



よくある質問



Q. マイナンバーカードには大事な情報が入っていますか？持ち歩くのが心配です。

A. マイナンバーカードにはプライバシー性の高い情報は入っていません。マイナンバーカードがあれば、急病のときなど様々な場面で役立つため、ぜひ、普段から持ち歩いてください。

Q. 暗証番号を忘れてしまわないか不安です、どうしたらよいですか？

A. 暗証番号を忘れてしまっても顔認証で受付することができます。顔認証付きカードリーダーを操作できない場合でも、ご本人のお顔とマイナンバーカードのお写真を医療機関等の職員が目視で確認することも可能です。

とっても
カンタン!

マイナンバーカード



1 **受付**

マイナンバーカードを
カードリーダーに
置いてください。

マイナンバーカード

2 **本人確認**

顔認証または
4桁の暗証番号を入力してください。

顔認証 暗証番号

顔を枠内に入れてください

暗証番号を入力してください

or

1 2 3
4 5 6
7 8 9
0 キャンセル

3 **同意の確認**

診察室等での診療・服薬・健診情報の
利用について確認してください。

<p>過去の情報を 利用いたします</p> <p>過去の手術以外の診療・お薬情報を 当機関に提供することに同意し ますか。 この情報はあなたの診療や健康管 理のために使用します。</p> <p>同意しない 同意する</p>	<p>(40歳以上対象) 過去の情報を 利用いたします</p> <p>過去の健康情報を当機関に提供す ることに同意しますか。 この情報はあなたの診療や健康管 理のために使用します。</p> <p>同意しない・40歳未満 同意する</p>
---	--

4 **受付完了**

お呼びするまでお待ちください。

カードを忘れずに!

マイナンバーカードを保険証として利用するための登録は、
医療機関・薬局の受付(カードリーダー)などで行うことができます。



今回は、これまで通り医療にかかることができる「資格確認書」を、後期
高齢者医療制度に加入するみなさまに、お送りしています。
これからは、マイナ保険証か資格確認書で、医療機関等にて受付をして
ください。

マイナンバー総合
フリーダイヤル **0120-95-0178**
5番を選択のうえ、音声ガイダンスにしたがってお進みください。
受付時間(年末年始を除く) 平日:9時30分~20時00分
土日祝:9時30分~17時30分

マイナンバーカード
の保険証利用につ
いてもっと知りたい方
はこちら



ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare