



事 務 連 絡
令和 7 年 2 月 12 日

(別記団体) 御中

厚生労働省保険局医療課
厚生労働省保険局医療介護連携政策課

「健康保険証の廃止に伴う修学旅行等の学校行事や部活動の合宿・遠征等における児童生徒本人の被保険者資格の確認方法について」の一部改正について
(周知)

日頃より、医療行政の推進にご理解・ご協力いただき、厚く御礼申し上げます。
従来の健康保険証については、令和 6 年 12 月 2 日以降、新たに発行されなくなり、マイナ保険証（健康保険証の利用登録を行ったマイナンバーカード）を基本とする仕組みに移行しています。

修学旅行等の学校行事や部活動の合宿・遠征等、マイナンバーカードを持参することが必ずしも容易でない場合における被保険者資格の確認方法については、「健康保険証の廃止に伴う修学旅行等の学校行事や部活動の合宿・遠征等における児童生徒本人の被保険者資格の確認方法について」（令和 6 年 3 月 1 日付け厚生労働省保険局医療課、厚生労働省保険局医療介護連携政策課事務連絡）により、その具体的な取扱いをお示ししたところですが、今般のマイナ保険証によりオンライン資格確認を行う仕組みへの移行を踏まえ、同事務連絡を改正し、当該取扱いの明確化や保育所等における対応について、別添のとおり整理しましたので、各団体におかれましては会員の皆様へ、各省庁におかれましては各都道府県教育委員会、保育主幹部（局）等を通じ、所管及び域内の市区町村管下の学校等、保育所等へ、ご周知のほどお願い申し上げます。

別添については、文部科学省、こども家庭庁とも協議済みのものであることを申し添えます。

なお、別紙のとおり、マイナポータル、資格情報のお知らせ及び資格確認書の概要をまとめておりますのでご参照ください。

【問合せ先】
厚生労働省保険局医療介護連携政策課
電話：03-3595-2174
E-mail: suisin@mhlw.go.jp

問1 現在、修学旅行等の学校行事や部活動の合宿・遠征等においては、児童・生徒が医療機関・薬局を受診等する必要が生じた際に備え、保険証の写しを持参させる取扱いが一部で見られるところ、必ずしも児童・生徒本人がマイナ保険証を持参することが容易でない場合において、令和6年12月2日以降はどのように対応すればよいか。

(答)

- 令和6年12月2日以降、健康保険証が新規発行されなくなり、マイナ保険証（健康保険証の利用登録を行ったマイナンバーカード）によりオンライン資格確認を行うことが基本となっています。修学旅行等の学校行事や部活動の合宿・遠征等においても、医療機関・薬局を受診等する可能性に備える必要の程度に応じて、本人がマイナ保険証を持参することが考えられます。
- ただし、修学旅行等の学校行事や部活動の合宿・遠征等において、児童・生徒本人がマイナ保険証を持参することが容易でない場合は、数日間の限られた使用であること、かつ、学校教員等の管理監督の下での使用が想定され、なりすましが起こることは想定され難いことを踏まえ、
 - ・ マイナポータルに表示される被保険者資格情報の PDF ファイルをあらかじめダウンロードしたもの又はその印刷物や、
 - ・ 資格情報のお知らせ又はその写しを医療機関・薬局に提示するといった方法により、保険診療・保険調剤を受けることも妨げられません（※1）。

（※1）この場合、児童・生徒等のマイナ保険証の提示は不要。
- なお、児童・生徒がマイナンバーカードを取得していない場合や、マイナ保険証を保有していない場合については、加入している保険者から資格確認書が交付されることとなりますが、これまで、健康保険証の写しを持参させる取扱いが一部で見られたところ、資格確認書の写し（※2）を預かっておき、医療機関・薬局に提示するといった方法により、保険診療・保険調剤を受けることも妨げられません。

（※2）資格確認書の原本は、保険者において複製等防止措置が講じられているが、この場合は、複製されたものであっても受け付けて差し支えない。
- こうした方法による確認の結果、療養の給付を受ける資格が明らかな場合には、医療機関等の窓口負担として、患者の適切な自己負担分（3割分等）のみを受領ください。

他方、やむを得ず上記のいずれによる確認も行えない場合には、一旦医療費の全額（10割）をお支払いいただき、保険者から払い戻しを受けるか、後日、資格が確認できた際に、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が想定されます。

問2 現在、保育所、認定こども園、幼稚園においては、園児等が医療機関・薬局を受診等する必要が生じた際に備え、保険証の写しを預かっている取扱いが一部で見られるところ、令和6年12月2日以降はどのように対応すればよいか。

(答)

○ 令和6年12月2日以降、健康保険証が新規発行されなくなり、マイナ保険証(健康保険証の利用登録を行ったマイナンバーカード)によりオンライン資格確認を行うことが基本となっています。

○ ただし、保育所、認定こども園、幼稚園(以下「保育所等」という。)において保護者に代わって、保育士、保育教諭、幼稚園教諭等(以下「保育士等」という。)が園児等を連れて医療機関・薬局を受診等する必要が生じた際には、保育士等の管理監督の下での使用が想定され、なりすましが起こることは想定され難いことを踏まえ、

- ・ マイナポータルに表示される被保険者資格情報の PDF ファイルをあらかじめダウンロードしたもの又はその印刷物や、
- ・ 資格情報のお知らせ又はその写し

を保育所等において事前に預かっておき、保育士等が当該印刷物等を医療機関・薬局に提示するといった方法により保険診療・保険調剤を受けることも妨げられません(※1)。

(※1) この場合、園児等のマイナ保険証の提示は不要。

○ 他方、保護者が園児等を医療機関・薬局に連れて行く場合には、マイナ保険証を提示いただくようお願いいたします。

○ なお、園児等がマイナンバーカードを取得していない場合や、マイナ保険証を保有していない場合については、加入している保険者から資格確認書が交付されることとなりますが、これまで、健康保険証の写しを預かっていた取扱いが一部で見られたところ、資格確認書の写し(※2)を預かっておき、医療機関・薬局に提示するといった方法により、保険診療・保険調剤を受けることも妨げられません。

(※2) 資格確認書の原本は、保険者において複製等防止措置が講じられているが、この場合は、複製されたものであっても受け付けて差し支えない。

○ こうした方法による確認の結果、療養の給付を受ける資格が明らかな場合には、医療機関等の窓口負担として、患者の適切な自己負担分(3割分等)のみを受領ください。

他方、やむを得ず上記のいずれによる確認も行えない場合には、一旦医療費の全額(10割)をお支払いいただき、保険者から払い戻しを受けるか、後

日、資格が確認できた際に、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が想定されます。

➤ マイナポータル、資格情報のお知らせについて

- マイナンバーカードを用いてマイナポータルにログインすることで、当該マイナンバーカードの所有者の保険資格情報を確認することができ、マイナポータル上で「端末に保存」を押すことでPDFにてダウンロードすることが可能です。
- また、マイナンバーカードの健康保険証の利用登録をされている方に対しては、各保険者より「資格情報のお知らせ」を送付します。なお、「資格情報のお知らせ」については、被保険者（児童・生徒を扶養する者）の転職等により、保険者異動があるごとに各保険者が交付します。

➤ 資格確認書について

- 資格確認書は、原則、被保険者本人の申請に基づき各保険者が交付します。ただし、当面の間、マイナ保険証を保有しない方等に対しては、申請によらず各保険者が交付します。資格確認書の有効期限は5年以内で、各保険者が定めることとしており、当該有効期限は資格確認書中に明記されます。

(参考①) マイナポータル画面

三

マイナポータル 実証ベータ版

健康保険証

マイナナンバーカード利用 登録済

資格情報 令和5年12月24日時点

① この情報は画面下部から保存できます

資格確認日
令和4年12月24日

区分
被保険者資格情報

交付年月日

登録なし

性別
登録なし

この情報を保存

医療機関受診時などに、ICチップの破損などでマイナ保険証の読み取りができない場合には、保存したPDFファイル画面をマイナ保険証とセットで受付窓口に提示することで、受診が可能です。

※受診の際にはマイナ保険証があわせて必要です

端末に保存

関連記録

医療費

よくある質問

(※) 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。ぜひご活用ください。

－ 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

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		
資 格 取 得 年 月 日		
一 部 負 担 金 の 割 合		
効 年 月 日		
有 効 期 限		
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 】

〔特記欄： 〕

署名年月日： 年 月 日

本人署名 (自筆)： 家族署名 (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 colspan="6">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>	

※ 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 】

〔特記欄： 〕

署名年月日： 年 月 日

本人署名 (自筆)： 家族署名 (自筆)：

(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 】

〔特記欄〕

署名年月日： 年 月 日

本人署名 (自筆)： _____

家族署名 (自筆)： _____

(表 面)

健康保険資格確認書			
本人 (被保険者)			
記 号	番 号	年 月 日 交付	(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			
保 険 者 番 号			
保 険 者 名 称	印		

(別記)

公益社団法人	日本医師会
公益社団法人	日本歯科医師会
公益社団法人	日本薬剤師会
一般社団法人	日本病院会
一般社団法人	日本医療法人協会
公益社団法人	全日本病院協会
公益社団法人	日本精神科病院協会
文部科学省	大臣官房政策課
こども家庭庁	成育局保育政策課
こども家庭庁	成育局成育基盤企画課