

重要

奈歯国発第 157 号

令和 6 年 1 月 19 日

第 1 種組合員 各位

奈良県歯科医師国民健康保険組合
理事長 霜田 吉見

今後の被保険者証の発行・各種届出の様式変更について（お知らせ）

平素は国保組合事業運営にご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

この度、令和 7 年 12 月 2 日以降、現行の被保険者証の発行がされなくなることに伴い資格取得届、資格喪失届の様式を変更いたします。資格取得届に「健康保険証利用登録の有無」欄を追加しました。

「資格確認書交付申請書」は、マイナンバーカードを紛失した時、更新中の時又は介助者等の第三者が要配慮者に同行して資格確認を補助する必要があるなど、マイナ保険証での受診が困難な場合に申請ください。

新様式については奈歯国保ホームページに掲載（11 月 25 日頃予定）しております。

今後は新様式をご使用くださいますようお願いいたします。

なお、第 3 種（従業員）の資格取得届、資格喪失届、国民健康保険資格確認書交付申請書につきましては同封させていただきますので、コピーしてご使用ください。（その他の届出用紙はホームページの掲載のみとさせていただきます）

以前の様式では、確認できない項目もありますので、旧様式での提出は不備扱いとなり、新様式で再提出いただくこととなります。

添付書類の注意点

住民票は世帯全員分（世帯全員の氏名、続柄、世帯主が記載されたもの）、奈歯国保に加入されない方の分も必要となります。

個人番号（マイナンバー）届出書については、住民票上同一世帯の方で、奈歯国保に加入されないご家族様がいる場合は、その方が現在加入されている健康保険についてご記入いただく形となっておりますのでご注意ください。

国保健康保険法では、被保険者証は世帯単位での適用となっており、社会保険等の加入者を除き世帯単位での加入となります。

また、外部に手続きを委託されている場合は、今回の変更についてご連絡いただきますようお願いいたします。

ご不明な点は、事務局までお問い合わせください。

〈奈良県歯科医師国保組合ホームページ〉

<http://kokuhonashikai.or.jp/>

現在お手元にある被保険者証は令和 7 年 12 月 1 日までご利用いただけます。

重要

今後の被保険者証の発行について

マイナンバーカードを健康保険証として使う「マイナ保険証」への移行が行われ、令和6年12月2日から現行の被保険者証の発行はされなくなります。

それまでに交付されている現行の被保険者証は令和7年12月1日までご利用いただけます。

マイナンバーカードをお持ちの方は、令和7年12月1日までに、健康保険証の利用登録をし、マイナ保険証として使用できるようにお願いいたします。

【R6.12.2以降の届出のマイナ保険証の利用について】

資格取得届等を受領後、データ登録が完了してからマイナ保険証による受診が可能となります。

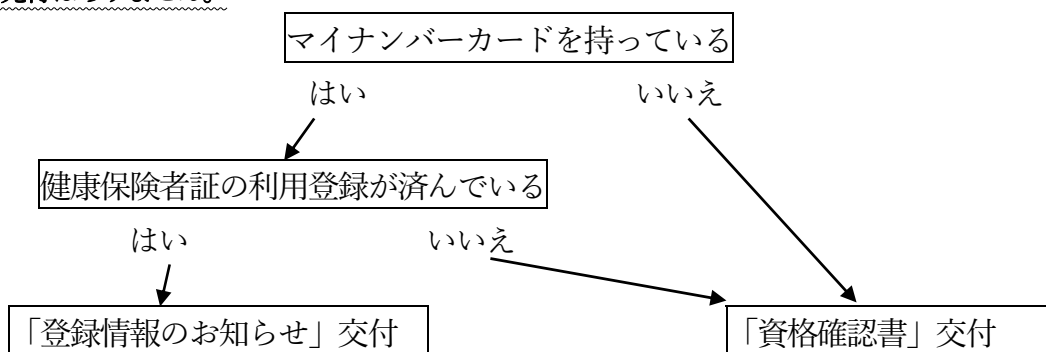
5日以内にデータ登録が完了します。（データ登録が完了するまではマイナ保険証による受診はできません。）

提出された書類に不備等がある場合は、データ登録まで相当期間が必要となります。

また、資格変更後に初めてマイナ保険証により受診する際は、事前にマイナポータルで、医療保険の資格情報として変更後の情報が登録されているかご確認ください。

[今後の予定]

令和6年12月2日以降 新規加入、住所・氏名変更、再交付等登録情報に変更が生じた場合、従来の被保険者証の発行はありません。



R7.12.1 交付済みの被保険者証はこの日まで使用可

この日までに、組合員資格がある方でマイナンバーカードをお持ちでない方やマイナ保険証の利用登録をされていない方へは、「資格確認書」を交付（一斉発行は今回だけ、以後は申請必要）

マイナ保険証の利用登録をされている方へは、「登録情報のお知らせ」をお送りする予定です。詳細は後日ご案内させていただきます。

※資格確認書について

基本的に申請いただくことで交付いたします。有効期限は2年間とします。

今後は、資格取得届提出時に「健康保険証利用登録の有無」にて確認させていただく予定です。

※マイナンバーカードを健康保険証として登録について ①～③のいずれかの方法で登録ができます。

- ① 医療機関・薬局の受付（カードリーダー）で行う
- ② マイナポータルから行う
- ③ セブン銀行ATMから行う

※マイナンバーカードを紛失した場合、組合に申請することで「資格確認書」の発行が可能です。併せて、新しい個人番号（マイナンバー）の届出をお願いします。

注 奈良国保組合に届出ている情報について変更が発生した場合は、必ず届出をお願いします。

国民健康保険 資格確認書交付申請書

被保険者証番号		申請日	令和 年 月 日
氏名	続柄	性別	生年月日
(フリガナ)		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日
			<input type="checkbox"/> 1.紛失 <input type="checkbox"/> 2.カード返納 <input type="checkbox"/> 3.介助 <input type="checkbox"/> 4.その他 ()
(フリガナ)		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日
			<input type="checkbox"/> 1.紛失 <input type="checkbox"/> 2.カード返納 <input type="checkbox"/> 3.介助 <input type="checkbox"/> 4.その他 ()
(フリガナ)		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日
			<input type="checkbox"/> 1.紛失 <input type="checkbox"/> 2.カード返納 <input type="checkbox"/> 3.介助 <input type="checkbox"/> 4.その他 ()
(フリガナ)		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日
			<input type="checkbox"/> 1.紛失 <input type="checkbox"/> 2.カード返納 <input type="checkbox"/> 3.介助 <input type="checkbox"/> 4.その他 ()

上記のとおり資格確認書の交付を申請します。

令和 年 月 日

第1種組合員 診療所住所 〒 _____

診療所名 _____

氏名 _____ (印)

第3種組合員 自宅住所 〒 _____
(本人) (TEL - -)

氏名 _____

奈良県歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿

(記載上の注意) 申請理由欄の補足説明

1. マイナンバーカードを紛失した又は更新中で、有効なマイナンバーカードが手元にない
2. マイナンバーカードを返納する予定である
3. 介助者等の第三者が高齢者又は障害者である被保険者本人に同行して本人の資格確認を補助する必要があるなど、マイナンバーカードでの受診が困難である
4. その他

※マイナンバーカードによるオンライン資格確認を受けることができない事情を具体的に記載ください

(注) マイナンバーカードを取得していない方、マイナンバーカードを取得しているが保険証利用登録を行っていない方には、申請によらず資格確認書が交付されるため、申請の必要はありません。

交付・訂正日	異動整理簿	データ入力日

事務長	次長	係員

国民健康保険 資格確認書交付申請書

記入例

被保険者証番号		申請日	令和 年 月 日
氏名	続柄	性別	生年月日
(フリガナ) コクホ ハナコ	本人	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	昭和 平成 令和 ○年 ○月 ○日
国保 花子			<input checked="" type="checkbox"/> 1.紛失 <input type="checkbox"/> 2.カード返納 <input type="checkbox"/> 3.介助 <input type="checkbox"/> 4.その他 ()
(フリガナ) コクホ タロウ	長男	<input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女	昭和 平成 令和 ○年 ○月 ○日
国保 太郎			<input type="checkbox"/> 1.紛失 <input checked="" type="checkbox"/> 2.カード返納 <input type="checkbox"/> 3.介助 <input type="checkbox"/> 4.その他 ()
(フリガナ)		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日
(フリガナ)		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日
資格確認書交付希望する方の氏名等をご記入ください。			下記の補足説明を確認し該当欄にレをつけてください。
上記のとおり資格確認書の交付を申請します。			
令和 ○年 ○月 ○日			
第1種組合員	診療所住所	〒 000-0000	
	診療所名	〇〇〇〇歯科医院	
	氏名	〇〇 〇〇 (第1種組合員(院長)氏名) 印	
第 種組合員 (本人)	自宅住所	〒 000-0000	
		〇〇市〇〇町〇番地の〇 (TEL 0000 - 0000 - 0000)	
	氏名	国保 花子 (加入者本人氏名)	
奈良県歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿			
(記載上の注意) 申請理由欄の補足説明			
<ol style="list-style-type: none"> 1. マイナンバーカードを紛失した又は更新中で、有効なマイナンバーカードが手元にない 2. マイナンバーカードを返納する予定である 3. 介助者等の第三者が高齢者又は障害者である被保険者本人に同行して本人の資格確認を補助する必要があるなど、マイナンバーカードでの受診が困難である 4. その他 <p style="text-align: center;">※マイナンバーカードによるオンライン資格確認を受けることができない事情を具体的に記載ください</p> <p>(注) マイナンバーカードを取得していない方、マイナンバーカードを取得しているが保険証利用登録を行っていない方には、申請によらず資格確認書が交付されるため、申請の必要はありません。</p>			

交付・訂正日	異動整理簿	データ入力日

事務長	次長	係員

(第3種)
資格喪失届

被保険者証番号	喪失区分		全部 ・ 家族喪失							
	資格喪失年月日		令和 年 月 日 上記喪失日以降、無効							
	(退職日)		令和 年 月 日)							
氏 名		続柄	性別	生年月日						
(フリガナ)			男・女	昭和 平成 令和	年 月 日					
(フリガナ)			男・女	昭和 平成 令和	年 月 日					
(フリガナ)			男・女	昭和 平成 令和	年 月 日					
(フリガナ)			男・女	昭和 平成 令和	年 月 日					
喪失事由	資格喪失証明書	本組合喪失後の健康保険について必ずご記入ください。								
<input type="checkbox"/> 2. 社保加入 <input type="checkbox"/> 3. 死亡 <input type="checkbox"/> 4. 退職 <input type="checkbox"/> 5. その他 _____	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	_____ 月 _____ 日加入 (予定) <input type="checkbox"/> _____ 市町村国保 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢医療制度 <input type="checkbox"/> その他								
上記のとおり、添付書類を添えて届けます。 ※該当のものにチェックをしてください。										
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 被保険者証を持っている方</td> <td><input type="checkbox"/> 高齢受給者証を持っている方</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 資格確認書を持っている方</td> <td><input type="checkbox"/> 限度額認定書を持っている方</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 何も持っていない方</td> <td></td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> 被保険者証を持っている方	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証を持っている方	<input type="checkbox"/> 資格確認書を持っている方	<input type="checkbox"/> 限度額認定書を持っている方	<input type="checkbox"/> 何も持っていない方	
<input type="checkbox"/> 被保険者証を持っている方	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証を持っている方									
<input type="checkbox"/> 資格確認書を持っている方	<input type="checkbox"/> 限度額認定書を持っている方									
<input type="checkbox"/> 何も持っていない方										
令和 年 月 日										
第1種組合員	診療所住所	〒 _____								
	診療所名	_____								
	氏名	_____ (印)								
第3種組合員 (本人)	自宅住所	〒 _____								
		_____ (TEL - -)								
	氏名	_____								
奈良県歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿										

交付・訂正日	異動 整理簿	保険料	データ入力日	異動 処理月	適用除外
				月	0. 非該当 1. 該当

事務長	次長	係員

(第3種)
資格喪失届

組合員種別によって様式が異なります。

喪失日は退職日の翌日（死亡の場合は死亡日の翌日）をご記入ください。

記入例

被保険者証番号	喪失区分	全部・ 家族喪失		
	資格喪失年月日	令和〇年4月1日 → 上記喪失日以降、無効		
	(退職日)	令和〇年3月31日		
氏名	続柄	性別	生年月日	
(フリガナ) コクホ ハナコ 国保 花子	本人	男・女	昭和 平成 令和 〇年〇月〇日	
(フリガナ) コクホ タロウ 国保 太郎	長男	男・女	昭和 平成 令和 〇年〇月〇日	
(フリガナ)		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	
(フリガナ)		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	
喪失事由 <input type="checkbox"/> 2. 社保加入 <input type="checkbox"/> 3. 死亡 <input type="checkbox"/> 4. 退職 <input type="checkbox"/> 5. その他	資格喪失証明書 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	本組合喪失後の健康保険について必ずご記入ください。 4月1日加入（予定） <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国		
<p>上記のとおり、添付書類を添えて届けます。 ※該当のものにチェックをしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 被保険者証を持っている方 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証を持っている方 <input type="checkbox"/> 資格確認書を持っている方 <input type="checkbox"/> 限度額認定書を持っている方 <input type="checkbox"/> 何も持っていない方</p>				
<p>令和〇年〇月〇日</p> <p>第1種組合員 診療所住所 〒000-0000 診療所名 ○○○○歯科医院 氏名 ○○ ○○（第1種組合員（院長）氏名） 印</p> <p>第3種組合員（本人） 自宅住所 〒000-0000 ○○市○○町○番地の○ (TEL 0000 - 0000 - 0000) 氏名 国保 花子（加入者本人氏名）</p>				
奈良県歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿				

被保険者証が使えるのは退職日までです。喪失届と併せて速やかにご返却ください。

証明書は原則として、本人の自宅宛てに郵送します。郵送先が異なる場合は、メモ等でお知らせ下さい。

被保険者証又は資格確認書が返却されないと手続きができません。万が一、紛失した場合は、組合までお問合せ下さい。

必ずご捺印ください。

交付・訂正日	異動整理簿	保険料	データ入力日	異動処理月	適用除外
				月	0. 非該当 1. 該当

事務長	次長	係員