

「健康保険証」の取扱いについて

```
graph TD; A[健康保険証（これまでから使用していたもの）をまだ持っている] -- はい --> B[お持ちの健康保険証を提出してください。  
令和7年12月1日まで]; A -- いいえ --> C[保険者から交付された次のいずれかの書類等を提出してください。  
・資格確認書  
・資格情報のお知らせ];
```

健康保険証（これまでから使用していたもの）をまだ持っている

はい

お持ちの健康保険証を提出してください。
令和7年12月1日まで

いいえ

保険者から交付された次のいずれかの書類等を提出してください。

- ・資格確認書
- ・資格情報のお知らせ

資格情報のお知らせの例

〇〇都道府県国民健康保険資格確認書

有効期限 年 月 日
発効期日 年 月 日

資格情報のお知らせ

(交付番号)
(区別番号)

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。
なお、この期間の間のみでは変更できません。

記号 000	番号 00000000	(区別) 00	
氏名	姓 太郎		
フリガナ	タロウ タロウ		
負担割合 (70 歳以上のみ記載)	〇割		
適用開始年月日	平成〇年〇月〇日		
交付年月日	令和〇年〇月〇日		

※ 70 歳以上の場合は、負担割合のみ、負担割合、負担割合を記載。(下の欄の70歳以上の記入欄)
スマートフォンをお持ちの方は、以下の QR コードからマイページへ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。ぜひご利用ください。

→ マイページへのアクセス・ダウンロードはこちら →



マイページの読み取りできない場合があります。スマートフォンでの資格情報画面
をマイページとはくは、健康保険の交付と表示することと変更いたします。(スマートフォン
をお持ちでない場合は、この文書をマイページとはくは、健康保険の交付と表示することと変更
いたします。)

〇〇都道府県国民健康保険資格確認書

有効期限 年 月 日
発効期日 年 月 日

記号 番号 (区別)
氏名 性別
生 年 月 日 年 月 日 負担割合 割
適用開始年月日 年 月 日
交 付 年 月 日 年 月 日
世帯主氏名
住 所
保険者番号
並びに交付
者の名称及
び印

交付者名

資格情報のお知らせ

(交付番号)
(区別番号)

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。
なお、この期間の間のみでは変更できません。

記号 000	番号 00000000	(区別) 00	
氏名	姓 太郎		
フリガナ	タロウ タロウ		
負担割合 (70 歳以上のみ記載)	〇割		
適用開始年月日	平成〇年〇月〇日		
交付年月日	令和〇年〇月〇日		

※ 70 歳以上の場合は、負担割合のみ、負担割合、負担割合を記載。(下の欄の70歳以上の記入欄)
スマートフォンをお持ちの方は、以下の QR コードからマイページへ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。ぜひご利用ください。

→ マイページへのアクセス・ダウンロードはこちら →



マイページの読み取りできない場合があります。スマートフォンでの資格情報画面
をマイページとはくは、健康保険の交付と表示することと変更いたします。(スマートフォン
をお持ちでない場合は、この文書をマイページとはくは、健康保険の交付と表示することと変更
いたします。)

〇〇都道府県国民健康保険資格確認書

有効期限 年 月 日
発効期日 年 月 日

記号 番号 (区別)
氏名 性別
生 年 月 日 年 月 日 負担割合 割
適用開始年月日 年 月 日
交 付 年 月 日 年 月 日
世帯主氏名
住 所
保険者番号
並びに交付
者の名称及
び印

交付者名

資格情報のお知らせ

(交付番号)
(区別番号)

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。
なお、この期間の間のみでは変更できません。

記号 000	番号 00000000	(区別) 00	
氏名	姓 太郎		
フリガナ	タロウ タロウ		
負担割合 (70 歳以上のみ記載)	〇割		
適用開始年月日	平成〇年〇月〇日		
交付年月日	令和〇年〇月〇日		

※ 70 歳以上の場合は、負担割合のみ、負担割合、負担割合を記載。(下の欄の70歳以上の記入欄)
スマートフォンをお持ちの方は、以下の QR コードからマイページへ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。ぜひご利用ください。

→ マイページへのアクセス・ダウンロードはこちら →



マイページの読み取りできない場合があります。スマートフォンでの資格情報画面
をマイページとはくは、健康保険の交付と表示することと変更いたします。(スマートフォン
をお持ちでない場合は、この文書をマイページとはくは、健康保険の交付と表示することと変更
いたします。)

〇〇都道府県国民健康保険資格確認書

有効期限 年 月 日
発効期日 年 月 日

記号 番号 (区別)
氏名 性別
生 年 月 日 年 月 日 負担割合 割
適用開始年月日 年 月 日
交 付 年 月 日 年 月 日
世帯主氏名
住 所
保険者番号
並びに交付
者の名称及
び印

交付者名

資格情報のお知らせ

(交付番号)
(区別番号)

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。
なお、この期間の間のみでは変更できません。

記号 000	番号 00000000	(区別) 00	
氏名	姓 太郎		
フリガナ	タロウ タロウ		
負担割合 (70 歳以上のみ記載)	〇割		
適用開始年月日	平成〇年〇月〇日		
交付年月日	令和〇年〇月〇日		

※ 70 歳以上の場合は、負担割合のみ、負担割合、負担割合を記載。(下の欄の70歳以上の記入欄)
スマートフォンをお持ちの方は、以下の QR コードからマイページへ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。ぜひご利用ください。

→ マイページへのアクセス・ダウンロードはこちら →



マイページの読み取りできない場合があります。スマートフォンでの資格情報画面
をマイページとはくは、健康保険の交付と表示することと変更いたします。(スマートフォン
をお持ちでない場合は、この文書をマイページとはくは、健康保険の交付と表示することと変更
いたします。)

〇〇都道府県国民健康保険資格確認書

有効期限 年 月 日
発効期日 年 月 日

記号 番号 (区別)
氏名 性別
生 年 月 日 年 月 日 負担割合 割
適用開始年月日 年 月 日
交 付 年 月 日 年 月 日
世帯主氏名
住 所
保険者番号
並びに交付
者の名称及
び印

交付者名

資格情報のお知らせ

(交付番号)
(区別番号)

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。
なお、この期間の間のみでは変更できません。

記号 000	番号 00000000	(区別) 00	
氏名	姓 太郎		
フリガナ	タロウ タロウ		
負担割合 (70 歳以上のみ記載)	〇割		
適用開始年月日	平成〇年〇月〇日		
交付年月日	令和〇年〇月〇日		

※ 70 歳以上の場合は、負担割合のみ、負担割合、負担割合を記載。(下の欄の70歳以上の記入欄)
スマートフォンをお持ちの方は、以下の QR コードからマイページへ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。ぜひご利用ください。

→ マイページへのアクセス・ダウンロードはこちら →



マイページの読み取りできない場合があります。スマートフォンでの資格情報画面
をマイページとはくは、健康保険の交付と表示することと変更いたします。(スマートフォン
をお持ちでない場合は、この文書をマイページとはくは、健康保険の交付と表示することと変更
いたします。)

〇〇都道府県国民健康保険資格確認書

有効期限 年 月 日
発効期日 年 月 日

記号 番号 (区別)
氏名 性別
生 年 月 日 年 月 日 負担割合 割
適用開始年月日 年 月 日
交 付 年 月 日 年 月 日
世帯主氏名
住 所
保険者番号
並びに交付
者の名称及
び印

交付者名

資格情報のお知らせ

(交付番号)
(区別番号)

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。
なお、この期間の間のみでは変更できません。

記号 000	番号 00000000	(区別) 00	
氏名	姓 太郎		

- ・市町村国民健康保険：受診者の分と受診者と同じ医療保険の加入者全員分
- ・国民健康保険組合：受診者の分と受診者と同じ医療保険の加入者全員分
- ※保険者名、記号番号、加入者全員の氏名が確認できるもの
- ・被用者保険：受診者本人分
- ※保険者名、記号番号、受診者と被保険者の氏名が確認できるもの
- ・生活保護：不要（ただし、社保加入時のみ上記のとおり）

資格情報のお知らせを提出の場合

- ・市町村国民健康保険：受診者の分と受診者と同じ医療保険の加入者全員分
- ・国民健康保険組合：受診者の分と受診者と同じ医療保険の加入者全員分
※保険者名、記号番号、加入者全員の氏名が確認できるもの
- ・被用者保険：受診者の分と被保険者の分
※保険者名、記号番号、受診者と被保険者の氏名が確認できるもの
- ・生活保護：不要（ただし、社保加入時のみ上記のとおり）

Q 2. 上記A 1 の書類がない場合等、マイナンバーカード（マイナ保険証）で確認はしてもらえるのか。

A 2. 申請書に記入された被保険者名、保険者名、個人番号から本市のシステムを通じて、加入保険の資格情報の確認をすることは可能です。ただし、不備等があった場合には、再確認をさせていただくことがあります。

Q 3. マイナポータルでの加入保険資格情報の画面を提示するのはよいのか。

A 3. 自己負担上限額の月額の決定に関わるため、画面の提示のみで目視確認はできかねます。マイナポータルの加入保険資格情報を端末に保存した画面を印刷したものを御提出ください。

マイナポータル画面を印刷したものを提出の場合

- ・市町村国民健康保険：受診者の分と受診者と同じ医療保険の加入者全員分
- ・国民健康保険組合：受診者の分と受診者と同じ医療保険の加入者全員分
※保険者名、記号番号、加入者全員の氏名が確認できるもの
- ・被用者保険：受診者の分と被保険者の分
※保険者名、記号番号、受診者と被保険者の氏名が確認できるもの
- ・生活保護：不要（ただし、社保加入時のみ上記のとおり）

御不明点等がございましたら、お住まいの区役所・支所保健福祉センター子どもはぐくみ室（右京区京北地域にお住まいの方は、右京区京北出張所保健福祉第二担当）にお問い合わせください。

郵便番号	名称	申請窓口	
		担当	電話番号
603-8165	北 区 役 所 保健福祉センター子どもはぐくみ室	子育て推進担当	432-1284
602-8511	上 京 区 役 所 保健福祉センター子どもはぐくみ室		441-5119
606-8511	左 京 区 役 所 保健福祉センター子どもはぐくみ室		702-1114
604-8588	中 京 区 役 所 保健福祉センター子どもはぐくみ室		812-2543
605-8511	東 山 区 役 所 保健福祉センター子どもはぐくみ室		561-9350
607-8511	山 科 区 役 所 保健福祉センター子どもはぐくみ室		592-3247
600-8588	下 京 区 役 所 保健福祉センター子どもはぐくみ室		371-7218
601-8441	南 区 役 所 保健福祉センター子どもはぐくみ室		681-3281
616-8511	右 京 区 役 所 保健福祉センター子どもはぐくみ室		861-1437
601-0292	右京区役所京北出張所	保健福祉第二担当	852-1816
615-8522	西 京 区 役 所 保健福祉センター子どもはぐくみ室	子育て推進担当	381-7665
610-1198	西京区役所洛西支所 保健福祉センター子どもはぐくみ室		332-9195
612-8511	伏 見 区 役 所 保健福祉センター子どもはぐくみ室		611-2391
612-0861	伏見区役所深草支所 保健福祉センター子どもはぐくみ室		642-3564
601-1366	伏見区役所醍醐支所 保健福祉センター子どもはぐくみ室		571-6392