

【目的】

- これまで、医療保険制度における登録済データの確認作業を実施してきました。これらの取組を踏まえて、加入者の方々に対して、医療保険者が把握している加入者情報（個人番号の下4桁を含む）を通知することで、**情報の正確性を担保し、全ての方に安心してマイナンバーカードを保険証として利用していただけるようにする**ことを目的としています。

【送付の時期】

- 被用者保険においては、**7月以降、10月までの間に**資格情報のお知らせを加入者に送付することを想定しています。

【封入方法・配布方法】

- 誤封入・誤配布を防止する対策を講じたうえで、**世帯単位で送付**することも可能。
- **保険者が必ずしも正確な住所情報を有しているわけではないことや郵送コストの観点から、極力事業主経由での配布が望ましく、ご協力をお願いします。**
 - ※ 個人番号の下4桁については、そのみをもって、個人番号そのものに該当するものではないが、個人番号の一部を切り出したものであることから、必要かつ適切な安全管理措置を講ずる必要がある。そのため、送付にあたっては、念のため特定記録郵便により送付することが原則

(整理番号) XXX XXX XX
(種別) ご本人(被保険者)様/ご家族(被扶養者)様

佐藤 太郎 様

様式1
(5情報一致等)

(保険者名)
(保険者番号)

資格情報のお知らせ

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(令和6年〇月〇日時点)。
なお、このお知らせのみでは受診できません。

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		
資格取得年月日	平成〇年〇月〇日		
保険者名	〇〇		

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。ぜひご利用ください。

- 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)。

なお、現在、医療保険のデータベースに登録されているあなたの個人番号(マイナンバー)は次のとおりです(12桁のうち下4桁のみ表示)。万が一、表示されている下4桁の数字が、ご自身の個人番号(マイナンバー)の下4桁と一致していない場合には、保険者までご連絡ください。

**** ** 6825

右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

令和〇年〇月〇日発行
(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

受診の際にはマイナ保険証があわせて必要です

(整理番号) XXX XXX XX
(種別) ご本人(被保険者)様/ご家族(被扶養者)様

佐藤 太郎 様

様式2
(一部不一致等)

(保険者名)
(保険者番号)

資格情報のお知らせと個人番号(マイナンバー)確認のお願い

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(令和6年〇月〇日時点)。
なお、このお知らせのみでは受診できません。

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		
資格取得年月日	平成〇年〇月〇日		
保険者名	〇〇		

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。ぜひご利用ください。

- 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)。

なお、現在、医療保険のデータベースに登録されているあなたの個人番号(マイナンバー)は次のとおりですので確認下さい(12桁のうち下4桁のみ表示)。
表示されている下4桁の数字が、ご自身の個人番号(マイナンバー)の下4桁と一致していない場合には、保険者までご連絡ください。

**** ** 6825

右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

令和〇年〇月〇日発行
(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

受診の際にはマイナ保険証があわせて必要です