

事 務 連 絡  
令 和 6 年 2 月 9 日

都道府県民生主管部（局）  
国民健康保険主管課（部）  
後期高齢者医療主管課（部）  
都道府県後期高齢者医療広域連合事務局  
全国健康保険協会  
健康保険組合  
健康保険組合連合会  
関係各省共済組合等所管課（室）

御中

厚生労働省保険局保険課  
厚生労働省保険局国民健康保険課  
厚生労働省保険局高齢者医療課  
厚生労働省保険局医療介護連携政策課

#### マイナ保険証の利用登録の解除について

医療保険制度の円滑な運営に当たりましては、平素より格段のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。また、オンライン資格確認の円滑な運用に当たっては、医療保険者等の皆様のこれまでの取組へのご尽力に重ねて御礼申し上げます。

昨年12月27日に公布された「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律等の一部を改正する法律の一部の施行期日を定める政令」（令和5年政令第374号）により、「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律等の一部を改正する法律」（令和5年法律第48号。以下「改正法」という。）附則第1条第2号に掲げる規定の施行期日が令和6年12月2日と定められ、現行の健康保険証は同日以降、発行されなくなり、マイナ保険証（健康保険証の利用登録がなされたマイナンバーカードをいう。以下同じ。）を基本とする仕組みに移行することとされたところです。

マイナ保険証によるオンライン資格確認は、医療DXの基盤であり、国民にとっては、自身のこれまでの薬剤服用歴等を正確かつ網羅的に医師等に説明する手間を省きつつ、過去の健康・医療データに基づいたより適切な医療（多剤重複投薬・併用禁忌の防止など）を低い窓口負担で受けることができること、書類提出によらずに、自己負担限度額を超える支払が免除されることなどのメリットがあります。また、医療現場においてマイナ保険証が定着することは、電子処方箋、電子カルテ情報、予防接種、公費負担医療等、保健・医療・介護の情報を共有可能な「全国医療情報プラットフォーム」の構築に向けて、その前提となるものであり、政府として、医療機関・薬局、医療保険者等、事業主など医療に関わる全ての機関・団体が一丸となってマイナ保険証の利用促進に取り組むこととしています。

他方、昨年8月8日にとりまとめられた「マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する検討会 最終とりまとめ」において、「マイナンバーカードの健康保険証利用登録は任意の手続であることを踏まえ、利用登録の解除を希望する方については、資格確認書の申請を条件とした上で、任意に解除の手続を行うことができる

よう、システム改修を行う。」こととされており、その詳細は以下のとおりですので、内容についてご了知いただくとともに、自保険者システムの改修等の必要な対応について遺漏なきようご準備をお願いいたします。

都道府県におかれましては、貴管内の市町村及び国民健康保険組合への周知を、関係各省共済組合等所管課（室）におかれましては、所管の共済組合等への周知をお願いいたします。

## 記

### 1. 利用登録解除の手続

利用登録の解除を希望する者は、加入する医療保険者等に申請をします。解除申請書は任意様式としますが、参考として、別添をご参照ください。

解除申請を受け付けた各医療保険者等は、申請者が有効な健康保険証を有していない場合には当該申請者に資格確認書※<sub>1</sub>を交付するとともに、医療保険者等向け中間サーバーに解除希望者の情報を登録します。登録された情報はオンライン資格確認等システムへ連携され、医療保険者等向け中間サーバーへの登録の翌月末（予定）に、申請者の健康保険証利用登録が解除されます※<sub>2</sub>。

なお、健康保険証の利用登録が解除された後も、再度利用登録の手続を行うことは可能です。健康保険証の利用登録は、マイナポータルやセブン銀行 ATM のほか、医療機関・薬局の受付に設置されている顔認証付きカードリーダーから行うことができます。

※1 改正法の施行後は、マイナ保険証によりオンライン資格確認を受けることができない状況にある者については、氏名・生年月日、被保険者等記号・番号、保険者情報等が記載された資格確認書により被保険者資格を確認することとしています。

この点、マイナ保険証の利用登録が解除された者については、本人の申請によらず、各医療保険者等が資格確認書を交付する運用としており、各医療保険者等におかれては、利用登録の解除申請の受付と同時に、当該者が有効な健康保険証を有していない場合は資格確認書の交付手続を行ってください。

※2 解除手続の完了後は、本人はマイナポータルの「健康保険証の利用登録の申込状況」から、利用登録が解除されていることを確認できます。また、実施機関から全医療保険者等に対し、月次で加入者の利用登録状況を通知する予定です。

### 2. 医療保険者等の自保険者システムの改修

利用登録の解除に関する医療保険者等の自保険者システムの改修については、社会保険診療報酬支払基金が昨年12月28日付けでデジタルPMOに掲載した「加入者情報に係るインターフェイスおよび医療保険者等に影響する改修案件について」p40～42に示していますのでご参照ください。各医療保険者等におかれましては、システムベンダーへ改修の依頼を行う等、本年10月末日途の解除申請受付開始に向け、必要な準備をお願いいたします。なお、各医療保険者等における自保険者システム改修の対応状況については、おって厚生労働省から確認させていただく予定であることを申し添えます。

### 3. スケジュール

|         |    |                         |
|---------|----|-------------------------|
| 本年10月頃  | 目途 | 利用登録の解除機能のリリース・解除申請受付開始 |
| 本年12月2日 |    | 改正法施行                   |

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請書

羽島市長 殿

令和 年 月 日

|                       |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |           |                      |    |  |
|-----------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------|----------------------|----|--|
| 解<br>除<br>申<br>請<br>者 | フリガナ                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 生年<br>月 日 | 大正・昭和<br>平成・令和 年 月 日 |    |  |
|                       | 氏名                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |           |                      |    |  |
|                       | 住所                                             | (郵便番号 - )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |           |                      |    |  |
|                       |                                                | 都道<br>府県                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 市区<br>町村  |                      |    |  |
|                       |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |           |                      |    |  |
|                       | 連絡先                                            | 電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |           |                      |    |  |
|                       |                                                | Email                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |           |                      |    |  |
|                       | 被保険者等記号・番号<br>※枝番を含め、全て正確に<br>記載してください。        | 被保険者等記号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | 番号        |                      | 枝番 |  |
|                       |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |           |                      |    |  |
|                       | マイナンバー<br>カードの<br>健康保険証<br>利用登録の<br>解除につい<br>て | <div><input type="checkbox"/> マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除を求めます。また、この解除作業を行うため、社会保険診療報酬支払基金及び公益社団法人国民健康保険中央会が保有する利用者証明用電子証明書のシリアル番号をデジタル庁へ提供することに同意します。</div> <div>※利用登録を解除すると、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はできなくなります。</div> <div>※利用登録の解除を申請した方には、保険者から資格確認書を交付します。解除後、医療機関・薬局を受診等される際には資格確認書の持参が必要です。</div> <div>※利用登録解除後、マイナポータル上の「健康保険証利用登録の申込状況」画面に反映されるまで、時間がかかる場合があります。</div> <div>署名： _____</div> |  |           |                      |    |  |

(解除を希望する理由)

※ マイナンバーカードにより医療機関等を受診することで、ご本人の同意に基づき、自身の過去の健康・医療情報のデータに基づいたよりよい医療を受けることができます。

※ マイナンバーカードの健康保険証利用登録により、ご本人の医療情報の漏洩等セキュリティ上のリスクが生じることはありません。

※ なお、健康保険証の利用登録を解除した後も、再度利用登録の手続を行うことは可能です。健康保険証の利用登録は、マイナポータルやセブン銀行ATMのほか、医療機関・薬局の受付に設置されている顔認証付きカードリーダーから行うことができます。

(備考) 代理人により申請する場合は、氏名及び連絡先欄に、解除対象者及び代理人の氏名及び連絡先を記載してください。