

# マイナンバーカードによるオンライン資格確認を行うことができない場合の対応

有効な保険証が発行されている方が適切な自己負担分（3割分等）の支払で必要な保険診療を受けられるようにするため、以下のご協力をお願いします。

## 【患者の皆様へのお願い】

- 医療機関・薬局がレセプト請求を行うために必要な情報の提供に、ご協力をお願いします。

## 【医療機関・薬局へのお願い】

- 被保険者番号などがわからなくても、レセプト請求を可能とするため、診療報酬請求を行うための必要な情報を患者から収集するなど、一定の事務的対応にご協力をお願いします。



1. 「資格（無効）」、「資格情報なし」と表示された場合

※ 保険者による迅速かつ正確なデータ登録を徹底し、こうした事象自体を減らします。

2. 機器不良等のトラブルによりオンライン資格確認ができない場合

（例）

- ・顔認証付きカードリーダーや資格確認端末の故障
- ・患者のマイナンバーカードの不具合、更新忘れ
- ・停電、施設の通信障害、広範囲のネットワーク障害など

【可能であれば、いずれかの方法で資格確認をお願いします】

- ・ マイナポータルの資格情報画面（患者自身のスマートフォンで提示可能な場合）

- ・ 保険証（患者が持参している場合）

【上記の方法により資格確認できない場合】

- ・ 受診等された患者の皆様へ、被保険者資格申立書の記入をお願いします。

※ 過去に当該医療機関等への受診歴等がある患者について、その時から資格情報が変わっていないことを口頭で確認し、被保険者資格申立書に記載すべき情報を把握できている場合には、被保険者資格申立書の提出があったものと取り扱うことが可能です。

患者自己負担分（3割等）を受領

1. 現在の資格情報の確認ができた場合は、当該資格に基づき請求をお願いします。

2. 1が困難な場合でも、過去の資格情報（保険者番号や被保険者番号）が確認できた場合には、当該資格に基づき請求をお願いします。

3. 1・2のいずれも困難である場合には、保険者番号や被保険者番号が不詳のままでも、請求を行っていただくことが可能です。

※ この場合、診療報酬等のお支払いまでに一定の時間をいただくことがあります。

- ・ 受診等された患者が加入している保険者が負担します。

※ 過去の資格情報に基づき請求されたレセプトや、資格情報不詳のまま請求されたレセプトについても、審査支払機関において、可能な限り直近の保険者を特定します。

- ・ 最終的に保険者を特定できなかった場合には、災害等の際の取扱いを参考に、保険者等で負担を按分します。

※ 1 顔認証付きカードリーダーで顔認証等がうまくいかない場合には、モードを切り替えて、医療機関・薬局の職員の目視により本人確認を行っていただくことも可能です。

※ 2 その場で又は事後的にシステム障害時モードを立ち上げて、資格確認をしていただくことも可能です。

## 「緊急時医療情報・資格確認機能」（資格情報照会（システム障害時））立ち上げの流れ

### 1. コールセンターへ連絡

- 医療機関コード、医療機関・薬局名、担当者名をお伝えください。
- 「緊急時医療情報・資格確認機能」利用希望の旨、お伝えください。

### 2. 電話確認 / 利用報告書送付依頼

- コールセンターから保険医療機関届に記載されている電話番号の担当者へお電話いたします。
- また、利用報告書をメールにて送付いたします。

### 3. 「緊急時医療情報・資格確認機能」利用設定 / 電話連絡

- 医療保険情報提供等実施機関にて「緊急時医療情報・資格確認機能」利用設定を行い、担当者から医療機関・薬局へ電話等で連絡いたします。

### 4. 「緊急時医療情報・資格確認機能」利用 / 利用報告書提出

- 「緊急時医療情報・資格確認機能」にて資格確認を行ってください。
- 後日、「緊急時医療情報・資格確認機能」に関する利用報告書をコールセンターから届いたメールアドレスに提出してください。その際、タイトルを「システム障害時機能の利用報告」としてください。

#### 【注記】

- 「緊急時医療情報・資格確認機能」開放まで（1~3）およそ30分程度かかります。
- 医療機関・薬局のシステム障害等に伴う「緊急時医療情報・資格確認機能」開放利用に係る問い合わせ先は以下になります。

オンライン資格確認等コールセンター：0800-080-4583（通話無料）月曜日～金曜日 9：00～17：00（いずれも祝日を除く）

## 「緊急時医療情報・資格確認機能」（資格情報照会（システム障害時））利用方法の流れ※

※詳細は「オンライン資格確認等システム操作マニュアル システム障害時 編」をご確認ください。

### 1. メニューから選択

- 「メニュー」の「緊急時医療情報・資格確認機能」から「資格情報照会（システム障害時）」をクリックしてください。

### 2. 検索

- 検索条件を入力し、「検索」をクリックしてください。  
※必須項目（「生年月日」、「性別」、「資格確認日」）は全て入力してください  
※氏名、氏名（カナ）どちらか一方は入力してください（完全一致で検索します）  
※住所、保険者名どちらか一方は入力してください。

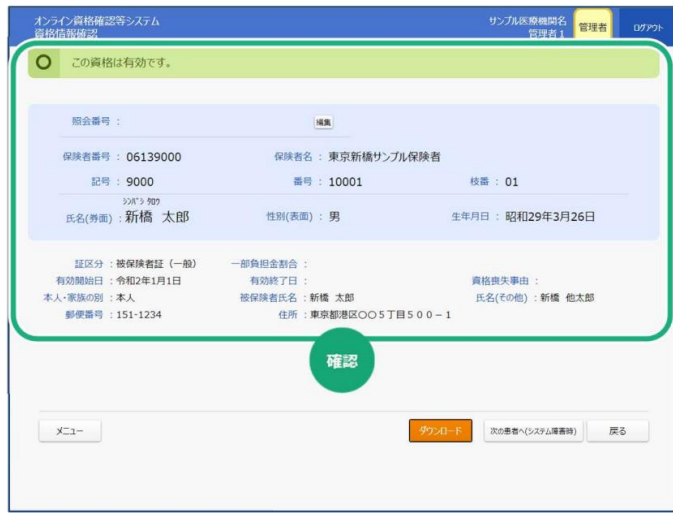


### 3. 該当者を選択

- 複数の資格情報が見つかった場合は、画面下部に検索結果が表示されますので、該当者をクリックしてください。  
※個人が特定できた場合は4.に進みます。

### 4. 資格情報を確認

- 「資格情報確認」が表示されますので、資格情報を確認してください。



# 目視確認モード（立ち上げ方法・利用方法）

## 目視確認モード立ち上げの流れ

### 1. 資格確認端末操作

- 資格確認端末からオンライン資格確認等システムにログインし、「顔認証付きカードリーダー操作」を押下してください。



### 2. 目視確認モードに切り替え

- 「目視確認」ボタンを押下し、顔認証付きカードリーダーの設定を目視確認モードに切り替えてください。



## 目視確認モード利用方法の流れ※

※詳細は「オンライン資格確認等システム運用マニュアル」をご確認ください。

### 1. 目視確認

- 顔写真を目視で確認し本人確認を行ってください。
- 原則として患者本人が職員に顔写真を提示するようにしてください。
- 患者がマイナンバーカード所有者本人であれば、資格確認端末画面の「目視で本人確認完了」にチェックを入れてください。

### 2. マイナンバーカードを顔認証付きカードリーダーに置く

- マイナンバーカードを顔認証付きカードリーダーに置いてください。



## ○目視確認の留意事項○

目視確認は、本人確認作業を医療機関等の職員の判断で行うため、第三者の利用を防止する上でも本人確認に相違がないようお気をつけください。

患者の皆様へのお願い

## 被保険者資格申立書に関する説明書

本申立書は、有効な保険証が発行されているにもかかわらず、マイナンバーカードにより資格確認を行った場合に、以下のような理由でオンライン資格確認ができない患者さんに、本来の自己負担額での保険診療を行うためにご記載をお願いする文書になります。

本申立書をご記載いただくことにより、3割負担（未就学児は2割負担。70歳以上等の方は1～3割）により自己負担額を計算します。

※ 被保険者番号等の情報（保険証のコピーや写真を含む。）がわかり次第、必ず受診された医療機関等にお伝えください。

### 【ご記載が必要になる場合（例）】

- 転職等により保険証が発行されているものの、データ登録中のためオンライン資格確認ができない場合
- 機器のトラブル等により、マイナンバーカードでオンライン資格確認ができない場合

## 被保険者資格申立書

有効な保険証の交付を受けており、医療保険等の被保険者資格について、下記の通り申し立てます。

※ 以下の各項目に可能な範囲で記入いただき、□には、あてはまる場合に「✓」を記入してください。なお、本申立書に記入いただいた情報は、医療機関等の診療報酬請求等に必要な範囲でのみ使用し、診療報酬請求等の請求・支払等に係る必要な事務を終えた段階で、速やかに廃棄します。

## 1 保険証等に関する事項

保険証の有無	<input type="checkbox"/> 有効な保険証の交付を受けている
保険種別	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> わからない
保険者等名称	
事業所名 <sup>※1</sup>	
保険証の交付を受けた時期	<input type="checkbox"/> 1か月以内 <input type="checkbox"/> それより前 <input type="checkbox"/> わからない (わかる範囲でご記入ください。)
一部負担金の割合 <sup>※2</sup>	<input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> わからない

※1 保険種別で社保（保険者が健康保険組合、共済組合、全国健康保険協会の場合）、国保（保険者が国民健康保険組合の場合のみ）、その他（自衛官・公費単独医療の場合）、わからないの□に「✓」を記入された場合は、事業所名（お勤め先の会社名等）の記入をお願いします。

※2 70歳以上の方、または後期高齢者医療の被保険者の方は、一部負担金の割合についてもご記入ください。なお、ご記入いただいた一部負担金の割合が実際と異なっていた場合、後日、保険者から差額を請求等させていただく場合があります。

## 2 マイナンバーカードの券面事項等

氏名	(フリガナ)
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和                      年    月    日
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	

※3 マイナンバーカードの券面に記載された住所以外の居所がある場合はこちらにご記入ください。

※4 マイナンバーカードの券面に記載された氏名、生年月日、性別、住所をそのまま記入いただくとともに、氏名のフリガナも併せてご記入ください。また、マイナンバーカードの券面に記載された住所以外の居所がある場合は、住所欄に併せてご記入ください。

年    月    日

署名 \_\_\_\_\_ (患者との関係<sup>※5</sup> : \_\_\_\_\_)

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

※5 (患者との関係)欄は、保護者の方等が署名された場合にご記入ください。