

令和7年4月23日

2年生保護者 各位

奄美市立金久中学校  
校長 当田 進一  
学年主任 浦 弘樹

修学旅行等の学校行事や部活動の遠征等における生徒の資格の確認方法について（お願い）

陽春の候、皆様にはますますご清栄のこととお喜び申し上げます。日頃から、本校の教育活動に対しまして、ご支援とご協力をいただき感謝いたします。

さて、令和7年度の修学旅行に際し、これまでと保険証の取扱方法が変わったことにより、生徒の被保険情報の確認方法が異なります。

つきましては、以下の内容をご確認の上、各ご家庭で準備してくださいますようお願いいたします。

以下の内容の①から④のいずれかを準備して、担任まで提出をお願いいたします。

提出期限：5月2日（金）

修学旅行等の学校行事や部活動の合宿・遠征等における「保険証」について  
(R7.2月 厚生労働省から医療機関への通知をもとに作成)

- 1 「これまでの保険証」を持っている場合（※2025年12月1日まで使用可）  
→ ①保険証を持参
- 2 「マイナ保険証」を持っている場合
  - (1) 紙でのプリントアウトが可能  
→ ②マイナポータル表示の被保険者資格情報のPDF用紙を持参
  - (2) 紙でのプリントアウトが難しい  
→ ③「資格情報のお知らせ」（コピー可）を持参 ※マイナ保険証に切替後、家庭に届くもの
- 3 その他
  - (1) 令和6年12月2日以降に、保険証を作成した場合（職場変更、世帯主変更等）
    - ア マイナ保険証にした場合  
→ 2(2)の③「資格情報のお知らせ」（コピー可）を持参
    - イ マイナ保険証ではない場合  
→ ④「資格確認書」（コピー可）を持参
  - (2) 紛失している場合 → 再発行手続きが必要  
【保険証種類の例】
    - ア 国民保険：奄美市役所（国保年金課）  
(R6.8.1～R7.7.31の期限あり  
…R7.7月に「資格情報のお知らせ」か「資格確認書」が送付される)
    - イ 共済組合：各共済組合
    - ウ 協会けんぽ：各保険証に記載

※不明な場合、奄美市役所の「市民環境部国保年金課」にお問い合わせください。

※裏面の参考資料をご覧ください。

(参考資料)

②マイナポータル表示の被保険者資格情報のPDF用紙

マイナポータル画面



(参考②) マイナポータルからダウンロードできるPDF画面

### 医療保険の資格情報

この画面のみでは受診できません。マイナ保険証とあわせて医療機関等の受付に提示してください。

保存日時： 2024年2月1日 時点

保険者名	XXXXXXXX健康保険組合
保険者番号	00000000
記号	1
番号	00000
枝番	00
氏名	XX XX

70歳以上の方又は後期高齢者医療の加入者

一部負担金割合	3割
有効期限	2024年7月31日

(注) マイナ保険証の読み取りができない例外的な場合には、保存したPDFファイルをマイナ保険証とともに医療機関等の受付に提示することで受診いただけます。なお、70歳以上の方や後期高齢者医療の加入者の方は、表示されている有効期限の到来に伴い、一部負担金割合が変更になる場合がありますので、ご注意ください。

③「資格情報のお知らせ」

### 資格情報のお知らせ

(保険者名)  
(保険者番号)

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。  
また、あなたの資格情報のデータ登録が完了しましたので、マイナ保険証により医療機関等の受診が可能となります。  
なお、このお知らせのみでは医療機関等を受診することはできません。

本人(被保険者)	記号	000	番号	00000000 (枝番) 00	
氏名	佐藤 太郎				
フリガナ	サトウ タロウ				
負担割合	3割	有効期日	令和〇年〇月〇日	有効期限	令和〇年〇月〇日
資格取得年月日	平成〇年〇月〇日				
交付年月日	令和〇年〇月〇日				

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等の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)。

下部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

本人(被保険者) 令和〇年〇月〇日交付 (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 有効期日 令和〇年〇月〇日

有効期限 令和〇年〇月〇日

資格取得年月日 平成〇年〇月〇日

受診の際にはマイナ保険証があわせて必要です

④「資格確認書」(カード、ハガキ、A4用紙の3タイプ)

(裏面)

健康保険資格確認書

本人(被保険者) 年 月 日 交付 (枝番)

記号 番号

氏名 性別 生年月日 資格取得年月日 一部負担金の割合 有効期限 保険者番号 保険者名称

印

(前面)

様式第九号(5) (第四十七条関係)

住所 備考

※ 以下の欄に記入することにより、確認書類に關する意図を表示することができます。記入する場合は、1から3までのいずれかの番号を〇で囲んでください。

1. 私は、医療従事者として業務に従事し、移住の為に確認を提供の為に提出いたします。

2. 私は、業務が停止した状態にあり、移住の為に確認を提供しません。

3. 私は、確認を提供しません。

【1又は2を選んだ方で、提供しにくい確認があれば、×をつけてください。】

【 心臓・肺・肝臓・腎臓・小腸・胆嚢 】

(特記欄)

誕生年月日: 年 月 日  
本人署名(自筆): \_\_\_\_\_  
家庭署名(自筆): \_\_\_\_\_

(↑これはハガキタイプ)