

国民健康保険被保険者資格取得証明証交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、国民健康保険法施行規則（昭和33年厚生省令第53号。以下「規則」という。）第6条に規定する資格確認書（以下「確認書」という。）の交付等に際し、資格取得等の手続をし、確認書が交付されるまでの間又は健康保険証としての利用登録がされた個人番号カード（以下「マイナ保険証」という。）の電子資格情報が更新されるまでの間、被保険者としての資格を有することを証する国民健康保険被保険者資格取得証明証（第1号様式。以下「証明証」という。）を交付することに関し必要な事項を定めるものとする。

(証明書の交付)

第2条 市長は、次の各号のいずれかに該当することにより、国民健康保険法（昭和33年法律第192号。以下「法」という。）第36条第1項の療養の給付、法第36条第2項の食事療養、法第53条第1項の療養又は法第54条の2第1項の指定訪問看護（以下「療養の給付等」という。）を受ける際、保険医療機関若しくは保険薬局、特定保険医療機関又は訪問看護ステーション（以下「保険医療機関等」という。）に確認書又はマイナ保険証を提出できないときは、世帯主の申請により有効期限を定めて証明証を交付することができる。

- (1) 規則第6条又は第7条の規定により確認書の交付又は再交付を申請中で、その交付又は再交付を受けていないとき。
- (2) マイナ保険証の電子資格情報の更新が完了していないことにより、保険医療機関等がその情報を確認できる状況にないとき。
- (3) 規則第7条の2の規定により確認書の更新若しくは検認のため、又は規則第8条から第10条の2までの規定により確認書の記載事項訂正のため、確認書を市長に提出中であるとき。
- (4) その他市長が特に必要と認めるとき。

2 前項の申請は、国民健康保険被保険者資格取得証明証交付申請書（第2号様式）によるものとする。

(証明証の無効)

第3条 証明証は、次の各号のいずれかに該当する場合は、無効とする。

- (1) 法令の規定によりその資格を喪失したとき。
- (2) 亡失したとき。
- (3) 有効期限を経過したとき。
- (4) 療養の給付等を受けるとき以外に使用したとき。

附 則

この告示は、平成15年1月1日から施行する。

附 則（平成31年2月18日告示第7号）

この告示は、公表の日から施行する。

附 則（令和6年1月29日告示第142号）

（施行期日）

- 1 この告示は、令和6年12月2日から施行する。
(経過措置)
- 2 この告示の施行の際、この告示による改正前の国民健康保険被保険者資格取得証明証交付要綱に規定する様式で現に残存するものは、所要の修正を加え、なお当分の間使用することができる。

第1号様式(第1条関係)

注 意 事 項

- 1 この証は、別記記載の者が、国保加入手続き中であり、資格確認書の交付、又はマイナ保険証に電子資格確認情報が更新されるまでの間、保険医療機関等で受診する際に、国民健康保険の被保険者としての資格を證明するため発行するものです。
- 2 この証を不正に使用した場合には、刑法による詐欺罪として罰せられます。
- 3 この証は、医療で保険医療機関等に受診する以外は無効です。

枝番	被保険者の氏名		適用開始年月日	交付 者印
	生年月日	性別		
備 考	交付者印欄に交付者印のないもの、 訂正等で交付者印のないものは無効			

この証は医療で受診する以外は無効です

神奈川県国民健康保険被保険者資格取得証明証

この証は、別記記載の者が国保加入手続き中のため、資格確認書の交付、又はマイナ保険証に電子資格確認情報が更新されるまでの間、保険医療機関等で受診する際に、国保資格を證明するものです。

有効期限	交付日から7日間(交付日を含む)	
記号番号	15-	
世 帯 主 姓 名	住 所	
保 険 者 番 号	氏 名	
<table border="1" style="width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></table> 交付者名 神奈川県伊勢原市 〒259-1188 伊勢原市田中 348番地		

一部負担金の割合は法定どおりです。
ただし、70歳以上の人一部負担の割合は割です。

交付年月日	
-------	--

第2号様式（第2条関係）

国民健康保険被保険者資格取得証明証交付申請書

被保険者記号番号		記号	15	番号		
番号	被保険者氏名			性別	生年月日	続柄
1				男・女		
2				男・女		
3				男・女		
4				男・女		
5				男・女		
6				男・女		
7				男・女		
申請理由	1 資格確認書交付の申請中又は、マイナ保険証に電子資格確認情報が更新されるまでの間、医療機関で受診する必要があるため 2 その他（理由）					

上記のとおり申請します。

伊勢原市長 殿

年 月 日

住所 _____

申請者 _____

氏名 _____

電話 _____

処理欄

課長	係長	担当	交付日	有効期限
□ 一般			・・・	交付日から7日間

(令和6年12月2日改正)