

被 扶 養 者 の皆様へ  
任意継続被保険者

## もう 健診のご予約は お済みですか？

平素は、当組合の事業運営に格別のご理解とご協力を賜り  
厚くお礼申し上げます。

さて、本ご案内は今年度、まだ健診を受けておられない方  
にお送りしております。

健診は病気を早期発見できる絶好の機会になりますので、  
1年に1度は必ずご受診ください。

なお、すでに受診された方やご予約済みの方は行き違いですので、  
何卒ご了承のほどお願い申し上げます。

### ○健診のご予約について

ご自身で健診機関へご連絡のうえ、ご予約をお願いいたします。

### ○「ご自宅周辺の健診実施機関のご案内」について

※各健診の実施機関を、ご自宅から近い順に表示していますが、地域により  
ご自宅周辺の健診機関をご案内出来ていない場合がございます。

また、健診実施機関の所在地・電話番号等が変更されている場合もございま  
すが、ご了承のほどお願いいたします。

健診(費用補助)は  
年度内(4月～翌年3月)  
に1回です。

当組合の資格  
喪失後は受診  
できません。



健診検査項目は  
裏面をご参照ください。

3つのタイプからお選びください！

### 一般健診(年齢制限なし)

- 基本的な検査項目が受けられる健診です。
- 特定健診(メタボ健診)の項目も含まれます。

〈ご負担金〉 **1,100円(税込)**

上記のご負担で10,000円相当の健診を受診いただけます。

#### ご自宅周辺の健診実施機関のご案内

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

※ご自宅周辺の健診実施機関は「Google maps api機能」を利用して検索しております。実際の自宅からの距離と異なる場合がございますが、ご了承のほどお願いいたします。

### 生活習慣病健診(35歳以上)

- 一般健診の検査項目に胃部X線検査(バリウム)などが追加された健診です。
- 特定健診(メタボ健診)の項目も含まれます。

〈ご負担金〉 **2,200円(税込)**

上記のご負担で20,000円相当の健診を受診いただけます。

#### ご自宅周辺の健診実施機関のご案内

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

※ご自宅周辺の健診実施機関は「Google maps api機能」を利用して検索しております。実際の自宅からの距離と異なる場合がございますが、ご了承のほどお願いいたします。

### 特定健診(メタボ健診)(40歳以上)

- 検査項目が限られた簡易健診です。
- 受診の際は、特定健康診査受診券(セット券)が必要です。

《ご注意》特定健診を受診する際は、当組合が5月下旬にお送りしました「特定健康診査受診券(セット券)」を実施機関へご持参  
ください。お手元がない方は、当組合(下部お問い合わせ先)までご連絡ください。すぐにお送りいたします。

〈ご負担金〉 被扶養者 **無料** / 被保険者 **1,100円(税込)**

#### ご自宅周辺の健診実施機関のご案内

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

※ご自宅周辺の健診実施機関は「Google maps api機能」を利用して検索しております。実際の自宅からの距離と異なる場合がございますが、ご了承のほどお願いいたします。

- ★ いずれの健診にも乳がん検診・子宮頸がん検診などのオプション検査の追加が可能です。(別途費用がかかります)
- ★ 実施の可否および費用については直接健診実施機関へお問い合わせください。

お問い合わせ先

大阪薬業健康保険組合

〈健康管理課〉06-6941-6352

〈神戸支部〉078-221-6100

〈京都支部〉075-801-2905

## 検査項目比較表

| 健 診 検 査 項 目   |                                                 | 一般健診    | 生活習慣病健診<br>(35歳以上) | 人間ドック<br>(35歳以上)                   | 特定健診(メタボ健診)<br>(40歳以上)           |
|---------------|-------------------------------------------------|---------|--------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| 診察・計測         | 問診・診察                                           | ○       | ○                  | ○                                  | ○                                |
|               | 身体測定(身長・体重・BMI・腹囲)                              | ○       | ○                  | ○                                  | ○                                |
|               | 視力・聴力                                           | ○       | ○                  | ○                                  | ×                                |
| 循環器           | 血圧                                              | ○       | ○                  | ○                                  | ○                                |
|               | 心電図                                             | ○       | ○                  | ○                                  | △<br>(医師判断による)                   |
| 血液            | 赤血球数・血色素量                                       | ○       | ○                  | ○                                  | △<br>(医師判断による)                   |
|               | ヘマトクリット値                                        | ×       | ○                  | ○                                  | △<br>(医師判断による)                   |
|               | 白血球数                                            | ×       | ○                  | ○                                  | ×                                |
|               | 血小板数・MCV・MCH・MCHC・血液型                           | ×       | ×                  | ○                                  | ×                                |
| 脂質            | 中性脂肪・HDLコレステロール・<br>LDLコレステロール                  | ○       | ○                  | ○                                  | ○                                |
|               | 総コレステロール                                        | ×       | ×                  | ○                                  | ×                                |
| 腎機能           | クレアチニン・eGFR                                     | ○       | ○                  | ○                                  | △<br>(医師判断による)                   |
| 痛風            | 尿酸                                              | ×       | ○                  | ○                                  | ×                                |
| 肝機能           | AST(GOT)・ALT(GPT)・ $\gamma$ -GT( $\gamma$ -GTP) | ○       | ○                  | ○                                  | ○                                |
|               | ALP・TP                                          | ×       | ○                  | ○                                  | ×                                |
|               | 総ビリルビン・アルブミン                                    | ×       | ×                  | ○                                  | ×                                |
| 呼吸器           | 胸部X線                                            | ○       | ○                  | ○                                  | ×                                |
| 肺機能           | 肺活量                                             | ×       | ×                  | ○                                  | ×                                |
| 消化器           | 胃部X線(バリウム)                                      | ×       | ○                  | ○                                  | ×                                |
|               | 胃カメラ                                            | ×       | □                  | □                                  | ×                                |
| 糖代謝           | 空腹時(随時)血糖                                       | ○       | ○                  | ○                                  | ○<br>(いずれか)                      |
|               | HbA1c                                           | ○       | ○                  | ○                                  |                                  |
|               | 尿糖                                              | ○       | ○                  | ○                                  | ○                                |
| 尿・腎機能         | 尿蛋白                                             | ○       | ○                  | ○                                  | ○                                |
|               | 尿潜血                                             | ×       | ○                  | ○                                  | ×                                |
|               | 尿沈渣                                             | ×       | ×                  | ○                                  | ×                                |
| 眼科            | 眼底                                              | ×       | ○                  | ○                                  | △<br>(医師判断による)                   |
|               | 眼圧                                              | ×       | ×                  | ○                                  | ×                                |
| 炎症            | CRP                                             | ×       | ×                  | ○                                  | ×                                |
| 大腸            | 便潜血反応検査(35歳以上)                                  | OP      | OP                 | ○                                  | OP                               |
| 腹腔内臓器         | 腹部超音波検査(35歳以上)                                  | OP      | OP                 | ○                                  | OP                               |
| 乳がん           | エコー・マンモグラフィ(18歳以上)                              | OP      | OP                 | OP                                 | OP                               |
| 子宮頸がん         | 子宮頸部細胞診(18歳以上)                                  | OP      | OP                 | OP                                 | OP                               |
| 前立腺がん         | PSA検査(50歳以上)                                    | OP      | OP                 | OP                                 | OP                               |
| 肝炎<br>ウイルス    | HBs抗原定性・HCV抗体精密(同時実施)<br>(35歳以上・当組合在籍期間に1回のみ補助) | OP      | OP                 | OP                                 | OP                               |
| 一 部 負 担 金(税込) |                                                 | 1,100円  | 2,200円             | (日帰)<br>22,000円<br>(一泊)<br>44,000円 | (被扶養者)<br>0円<br>(被保険者)<br>1,100円 |
| 実 施 契 約 種 別   |                                                 | ●組合直接契約 | ●組合直接契約            | ●組合直接契約<br>●健保連契約<br>(日帰のみ)        | ●集合契約<br>A、B                     |

※□ 胃カメラを選択された場合に発生する胃部X線料金との差額は個人負担になります。

※OPはオプション検査として、追加も可能です。実施の可否及び負担金等につきましては、直接健診機関にお問い合わせください。

※詳細な健診内容は、契約健診機関に直接お問い合わせください。

〈ご注意〉

※一般健診・生活習慣病健診・人間ドック・特定健診(メタボ健診)の補助は、いずれかの健診を同一年度(4月～翌3月)に1回限りとなります。

(2回以上受診された場合は実費となりますのでご注意願います)

※当組合の資格喪失後は受診できません。

## 人間ドックをご希望の方へ

人間ドックにつきましては、当組合のホームページをご覧ください。  
ご自身でご予約をお願いいたします。

URL:[http://www.daiyaku-kenpo.or.jp/health\\_promotion/screening.html](http://www.daiyaku-kenpo.or.jp/health_promotion/screening.html)



## 巡回健診(公共施設等で実施する健診)をご希望の方へ

巡回健診(公共施設等で実施する健診)をご希望の方は、本年5月にお送りしております、  
①「**家族健康診断受診ガイド**」(一般財団法人 京都工場保健会)又は②「**一般健診 生活習慣病健診 特定健診(メタボ健診)のご案内**」(医療法人社団 あさひ会 西早稲田クリニック)を  
ご参照のうえ、ご自身でお申し込みをお願いいたします。

申込締切後でも空があれば予約できる会場もありますので  
一度お問い合わせください。

URL:[http://www.daiyaku-kenpo.or.jp/news/news\\_detail.php?id=409](http://www.daiyaku-kenpo.or.jp/news/news_detail.php?id=409)

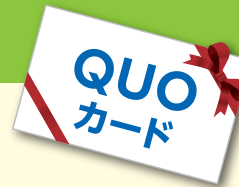
※①と②はお住いの地域により、どちらかをお送りしています。



## パート先などで健診を受けられた方へ

パート先などで健診を受け、その健診結果を当組合へご提出いただいた方  
には、『クオカード1,000円分』を進呈いたします。

詳細は同封の「**パート先などで健診を受けられた方へ 健診結果をご提供ください!!**」  
をご覧ください。



### 特定健診の

## Q&A



Q. 痩せていても  
受診が必要  
ですか？

A

痩せていても生活習慣病を発症する方は  
たくさんいらっしゃいます。特定健診を  
受診して体の状態を確認することが健康を守るこ  
とにつながります。



Q. 医師にかかっ  
ているのに  
受けるの？

A

治療中であっても体全体のチェックが必要  
ですので、必ず受診してください。治療中  
の病気以外にも生活習慣病のリスクが隠れているか  
もしれません。

パート先などで健診を受けられた方へ

## 健診結果をご提供ください！！

令和6年4月1日から令和7年3月31日までに当組合の補助を利用せずに健診を受けられた方は、「健診結果票(コピー可)」のご提供をお願いいたします。



(注)「当組合が実施している健診」を受けられた方や、受ける予定のある方は対象外です。

詳細は右ページの「**当組合が実施している健診**」とは? をご参照ください。

### — 健康保険組合が健診結果を求める理由 —

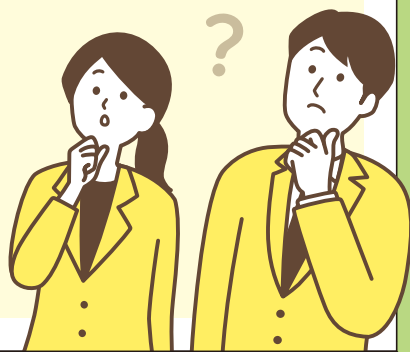
健康保険組合には、生活習慣病予防と将来の医療費削減を目的として、40歳から74歳までの皆様を対象とした健康診断の実施が義務付けられています。

そして、その健診結果を毎年、厚生労働省に報告することになっています。

しかしながら、パート先などで健診を受けられた方々の健診結果は当組合では把握することができず、厚生労働省にも報告できないことから、そのような方々に健診結果のご提供をお願いしています。

また、健診結果の報告が少ない健康保険組合は、後期高齢者医療制度への支援金が増額されるペナルティもあります。

万一、支援金が増額されると健康保険組合の財政が圧迫され、みなさまから納めていただく保険料が増えてしまう恐れもあることから、今後とも、健診の受診と健診結果のご提供へのご協力をお願いいたします。



## 「当組合が実施している健診」とは？

例年、お申込みいただいても年度内に「当組合が実施している健診」を受けておられるため「クオカード」を進呈できないケースが見受けられます。今一度以下の事項をご確認ください。



令和6年4月1日から令和7年3月31日までの間に以下の健診を受けられましたか？ または受ける予定がありますか？

①「当組合の契約健診機関」で次の健診を受診  
【一般健診・生活習慣病健診・人間ドック】

②「健保連の契約健診機関」で人間ドックを受診

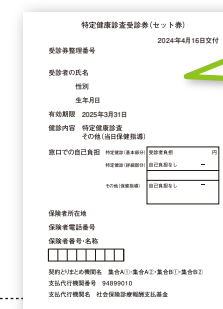
③ 当組合が発行した  
「特定健康診査受診券(セット券)」  
を使用して特定健診を受診

※ 特定健診対応の市町村が実施する  
健診なども含みます。

④「一般財団法人 京都工場保健会」もしくは  
「医療法人社団 あさひ会 西早稲田クリニック」が行う巡回・集合健診で受診

⑤「疾病予防補助金」を請求

※ 疾病予防補助金とは当組合が直接契約していない健診機関などで費用を全額支払ったあと、「疾病予防補助金請求書」にて当組合へ請求することにより払い戻しを受ける制度です。



特定健康診査受診券  
(セット券)

整理番号が記載されたハガキサイズの受診券を5月末に送付しています  
(A3サイズの健診のご案内から切り取ってご利用ください。)

①～⑤いずれかが  
☒ はい  
の場合

①～⑤すべてが  
☒ いいえ  
の場合

### クオカード進呈の対象外です

受診者の皆さまがご負担された費用以外に、当組合で健診費用の補助を行っておりますので「クオカード」の進呈対象にはなりません。

今後も当組合が実施する健診をご利用いただき、健康の保持・増進にお役立てください。

裏面の  
セルフチェックに  
進みましょう

提出用

# セルフチェックシート

以下の項目が全て「Yes」の方が、「クオカード」進呈の対象となります。  
お申込前にチェックをお願いします。  
(「No」が一つでもある方は、対象外となります。)

|                                             |          |
|---------------------------------------------|----------|
| ① 40歳以上75歳未満の被扶養者又は任意継続被保険者だ。               | Yes ・ No |
| ② 「健診を受けた日」に当組合の被扶養者又は任意継続被保険者の資格がある。       | Yes ・ No |
| ③ パート先などで受けた健診の「結果票」が手元にある。(受診日が令和6年4月1日以降) | Yes ・ No |
| ④ 保険証を医療機関に提示して受けた、保険診療ではない。                | Yes ・ No |

全て「Yes」の方は下記へ



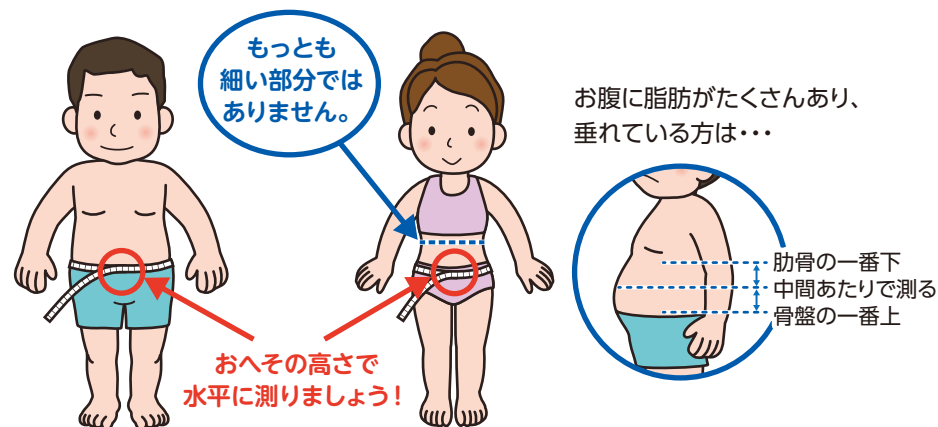
「健診結果票」に次の検査項目等が全て記載されていますか？

|    |                                                        |          |
|----|--------------------------------------------------------|----------|
| 1  | 身長                                                     | Yes ・ No |
| 2  | 体重                                                     | Yes ・ No |
| 3  | 腹囲 ご自身での計測も可※                                          | Yes ・ No |
| 4  | BMI ご自身で計算できます。 体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)                     | Yes ・ No |
| 5  | 血圧                                                     | Yes ・ No |
| 6  | 中性脂肪(TG)(トリグリセリド)                                      | Yes ・ No |
| 7  | HDL-コレステロール                                            | Yes ・ No |
| 8  | LDL-コレステロール                                            | Yes ・ No |
| 9  | AST(GOT)                                               | Yes ・ No |
| 10 | ALT(GPT)                                               | Yes ・ No |
| 11 | γ-GT(γ-GTP)                                            | Yes ・ No |
| 12 | 尿糖                                                     | Yes ・ No |
| 13 | 尿蛋白                                                    | Yes ・ No |
| 14 | 血糖(食後3.5時間以上経過した採血のみ可)<br>またはHbA1c(食後3.5時間未満の採血の場合は必須) | Yes ・ No |
| 15 | 総合判定(医師コメント・医師氏名)                                      | Yes ・ No |
| 16 | 健診機関名 ご自身での記入も可                                        | Yes ・ No |

## ※腹囲の正しい測り方

《測り方》

1. 上半身の服をぬぎ、まっすぐ立つ。
2. 軽く呼吸してリラックスする。  
(空気を吸ってお腹をふくらませたり、吐いてへこませた状態にはしない)
3. ウエストのもっとも細い部分ではなく、おへその高さで水平に測る。



全て「Yes」の方は右の「クオカード申込書」にすすみましょう!!

提出用

# クオカード申込書

セルフチェックの結果が全て「Yes」の方は、太枠内を記入漏れのないようご記入のうえ、  
「健診結果票(コピー可)」の全ページを添えて、セルフチェックシートとクオカード  
申込書を、同封の返信用封筒で当組合までお送りください。

※対象は、令和6年4月1日から令和7年3月31日までに受けられた健診です。

申込締切

令和7年8月31日 必着

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |         |    |    |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------|----|----|
| 所属                        | <input type="radio"/> 大阪 <input type="radio"/> 神戸 <input type="radio"/> 京都                                                                                                                                                                                                                                                             |       |         |    |    |
| 被保険者証                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 受診者氏名 | 生年月日    | 性別 | 続柄 |
| 記号                        | 番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       | 昭 年 月 日 |    |    |
| 住所<br>(クオカード送付先)          | 〒 ー 都道府県 市区町村                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |         |    |    |
|                           | (携帯)TEL ( ) (自宅)TEL ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |         |    |    |
|                           | 繋がりのやすい時間帯 9:00~12:00 ・ 12:00~13:00 ・ 13:00~17:00                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |         |    |    |
|                           | ①血圧を下げる薬を服用していますか? はい ・ いいえ<br>②インスリン注射の使用または血糖を下げる薬を服用していますか? はい ・ いいえ<br>③コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか? はい ・ いいえ<br>④現在、たばこを習慣的に吸っていますか?<br><small>※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件AとBを両方満たす者です。</small><br>条件A: 最近1ヶ月吸っている<br>条件B: 生涯で6ヶ月以上吸っている又は合計100本以上吸っている<br>1. はい(条件A、Bを両方満たす)<br>2. 以前は吸っていたが、最近1ヶ月は吸っていない(条件Bのみ満たす)<br>3. いいえ(条件A、B以外) |       |         |    |    |
|                           | ⑤既往歴 あり ( ) ・ なし<br>⑥自覚症状 あり ( ) ・ なし<br>⑦直近の食事から採血までの時間 食後10時間以上・食後3.5時間以上10時間未満・食後3.5時間未満<br>⑧お勤め先名称(パート先など)<br>⑨健診受診日 令和 年 月 日                                                                                                                                                                                                      |       |         |    |    |
| 「健診結果票」に記載がない場合は記入してください。 | 健診機関名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |         |    |    |
|                           | 腹囲 _____ cm 立った状態でおへその高さで測ってください。*                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |         |    |    |
|                           | BMI _____ 体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       |         |    |    |

健診結果票にお名前の記載はありますか？記載がない場合は「健診結果票」の上部余白などにご記入のうえご提出ください。

送付先

大阪薬業健康保険組合 健康管理課

〒540-0037 大阪市中央区内平野町3-2-5 TEL:06-6941-6352

神戸支部、京都支部所属の方も大阪本部へお送りください。

同封の返信用封筒をご利用ください。

※送付いただいた個人情報は、当組合の「個人情報保護管理規程」等に基づき慎重に取扱い、保健事業以外の目的では使用いたしません。  
※当組合が申込書を受理した月の翌月以降、郵送にてクオカードをお届けいたします。

令和6年12月2日 健康保険証は廃止されます！

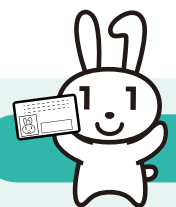
# マイナ保険証をご利用ください

※マイナ保険証…健康保険証利用登録したマイナンバーカードのこと。

医療機関や薬局の受付で  
顔認証付きカードリーダーに  
マイナンバーカードを置いて  
本人確認

あっという間に  
受付完了！

令和6年12月2日以降は**現行の健康保険証が原則廃止**となり、マイナンバーカードを健康保険証として利用する**マイナ保険証**での受診が基本になります。まだ利用したことがない方は、早めに利用登録を済ませておきましょう。



受付はとってもかんたん！



顔認証付き  
カードリーダーに  
マイナンバーカードを  
置く



顔認証または暗証番号を  
入力して本人確認をする  
※顔写真は機器に保存されません。  
※マイナンバー(12桁の数字)を  
取り扱うことはありません。



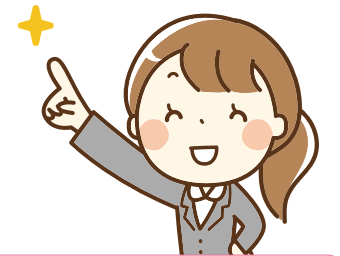
薬剤情報・特定健診  
情報などの提供について  
同意を選択して完了！  
※同意をすると、これらの情報を  
医師や薬剤師が閲覧できる  
ようになります。

お得

マイナンバーカードを  
健康保険証として  
使うと、現行の健康  
保険証に比べて  
診察時や調剤時の  
窓口負担額が安く  
なります！

大阪薬業健康保険組合

## マイナ保険証利用



Q1

今の健康保険証は、  
いつまで使えますか？

A1

令和6年12月1日時点で有効な健康保険証が手元にある場合は、令和6年12月2日以降、最長1年間(令和7年12月1日まで)\*使用できます。

※令和7年12月1日以前に退職された方、扶養からはずれた方は、資格喪失日から使用できません。

Q2

子どもなど、自身で  
本人確認を行うことが  
難しい場合は？

A2

保護者などの代理人が暗証番号を入力することで、代わりに本人確認を行うことができます。暗証番号の設定が不要の顔認証マイナンバーカードの場合は、顔認証は本人が行いますが、代理人が顔認証付きカードリーダーを操作し、本人確認の補助を行うことができます。

※障がいのある方など、自身での本人確認が難しい場合も、同様に代理人が本人確認の補助を行うことができます。

Q3

マイナンバーカードを  
常に持ち歩くのは  
不安なのですが…

A3

ICチップには、医療情報や税情報などのプライバシー性の高い情報は入っていません。また、第三者がマイナンバーを利用して手続きなどができない仕組みになっているため持ち歩いても安全です。ただし、万が一なくした場合などは、すぐに下記フリーダイヤルに連絡し、一時利用停止をしてください。

## マイナンバーについてのお問い合わせ先

おかけ間違いのないようご注意ください。

マイナンバー総合フリーダイヤル **無料**  
0120-95-0178

平日 9:30~20:00  
土日祝 9:30~17:30 (年末年始を除く)  
マイナンバーカードの紛失、盗難等による一時利用停止については、24時間365日受け付けます。

## マイナンバーの提出について

※マイナンバーカードを健康保険証として利用するには、当健康保険組合にマイナンバーを登録している必要があります。  
※ご自身の健康保険証情報は、スマホ等のマイナポータル(わたしの情報)上でご確認いただけます。

確認方法

- ①マイナポータルにログインします。
- ②ログイン後、画面下部の「注目の情報」までスクロールし、「最新の健康保険証情報の確認」を押します。
- ③健康保険証情報のページが表示されます。ページの中段にある「あなたの健康保険証情報」から、登録されている健康保険証情報をご確認いただけます。

マイナ保険証の利用は



いろんな 場面で  
**メリット  
たくさん!**

YouTube URL

<https://youtu.be/r5ckNYyxv3Y>



医療機関・  
薬局

「医療機関・薬局でマイナ保険証を使うと、何が変わるの?」  
と思いませんか? 実は、医療機関・薬局で今よりもっと  
便利になることがたくさんあります。

メリット

## 1 マイナンバーカード1枚で受付が簡単に

医療機関・薬局の窓口へ持参する証類が不要になり、マイナンバーカード1枚  
の確認で、早く受付を済ませることができます。

不要になります!

- ・限度額適用認定証
- ・高齢受給者証
- ・特定疾病療養受療証 など

メリット

## 2 過去の診療情報に基づいた適切な医療が受けられる

情報提供に同意をすると、自身の薬剤情報や特定健診の結果などの正確な情報が  
医師や薬剤師と共有され、最適な診察や薬の処方が受けられます。



薬の重複や飲み合わせが悪い処方も  
防げる!

薬の情報が医師や薬剤師と共有され、重複投薬  
や禁忌薬剤投与のリスクも減少します。  
※本人の同意なく情報が共有されることはありません。



メリット

## 3 高額療養費\*の限度額を超えた分の 窓口支払いが不要に

限度額情報の提供に同意をすれば、高額療養費の限度額を超える支払いが免除されます。  
※1ヵ月に医療機関や薬局で支払った医療費が自己負担限度額を超える場合、限度額を超える支払いが免除される制度です。



災害時

災害などの緊急時には、マイナンバーカードがなくても、口頭の  
同意だけで診療情報などを医師や薬剤師に共有できます。  
万が一の時にも適切な診察や薬の処方が受けられます。

## マイナンバーカードで受診するための準備

### 1 マイナンバーカードをお持ちでない方は、 まずはマイナンバーカードを取得

まだマイナンバーカードを取得していない方は、以下の申請方法を  
参考に、マイナンバーカードを取得しましょう。

詳しくはこちら

マイナンバーカード  
総合サイト



↓  
**2** へ

申請

※以下から選択

1

オンライン申請

スマートフォンに  
よる申請



スマートフォンのカメラ  
で顔写真を撮影。申請用  
WEBサイトにアクセスし、  
必要事項を入力したら、  
顔写真を添付して送信  
します。

パソコンによる申請



デジタルカメラで顔写真を  
撮影し、パソコンに保存。  
申請用WEBサイトに  
アクセスし、必要事項を  
入力したら、顔写真を添付  
して送信します。

2

証明写真機からの申請



タッチパネルから「個人番号  
カード申請」を選択。撮影金額を  
投入し、交付申請書の二次元バー  
コードをバーコードリーダーに  
かざします。画面の案内に従って  
必要事項を入力し、顔写真を添付  
して送信します。

3

郵送による申請



個人番号カード  
交付申請書に氏名  
を記入し、本人の  
顔写真を貼り付け  
ます。送付用封筒に  
入れて、郵便ポスト  
に投函します。

受け取り

①交付通知書が届く



マイナンバーカードの交付  
申請を行うと、おおむね1ヵ月  
で市区町村から「交付通知書」  
(はがき)がご自宅に届きます。  
※2ヵ月程度かかる場合もあります。

②マイナンバーカードの  
受け取り

交付通知書が届いたら、本人  
確認書類などを持ち、期限内  
に本人が受け取りに行き  
ます。交付場所や期限は交付  
通知書に記載されています。

### 2 マイナンバーカードをお持ちの方は 保険証利用の申し込み(登録)

マイナンバーカードを健康保険証として利用するには、利用登録が  
必要です。以下3つの方法から選択できます。

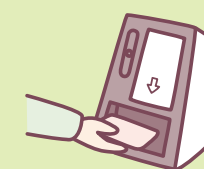
詳しくはこちら

厚生労働省作成動画



医療機関で

- ☑ 医療機関・薬局  
の顔認証付き  
カードリーダー  
から申し込みます



スマホから

- ☑ 下記3つを準備

マイナポータル



Android 用

iPhone 用

- ①マイナンバーカード
- ②マイナンバーカード読み取り対応のスマホ
- ③「マイナポータル」アプリのインストール

- STEP1 「マイナポータル」を起動する。
- STEP2 「申込む」をタップする。
- STEP3 利用規約等に同意する。
- STEP4 マイナンバーカードを読み取る。



セブン銀行ATMで

- ☑ 必要なものは  
マイナンバーカード  
のみ!

ATM画面

マイナンバーカード  
での手続き

健康保険証  
利用の申込み

