

事務連絡（保 141）
平成20年9月24日

都道府県医師会
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事（保険担当）
藤原 淳

全国健康保険協会の保険者番号等の設定及び被保険者資格証明書の取扱いについて

平成20年10月1日から政府管掌健康保険の取扱いの一部（被保険者証の発行等）が全国健康保険協会（平成20年10月1日発足）に移管されることに伴い、保険者番号及び被保険者証（記号・番号を含む）が下記Ⅰのとおり変更されますので、ご連絡申し上げます。

また、事務手続きの関係で被保険者証の申請から交付までに20日程度の時間を要することから、被保険者証が申請者に届くまでの間は、被保険者資格証明書により対応されることとなります。

被保険者資格証明書に関する官報告示が9月末に行われる予定であるため、医療機関等への周知を鑑み、取扱いの内容を下記Ⅱのとおりご連絡申し上げます。

正式な文書につきましては、官報告示され次第ご連絡いたしますので、会員医療機関等に周知していただくようお願い申し上げます。

なお、本件につきましては、社会保険庁ホームページに掲載されますことを申し添えます。

記

Ⅰ 全国健康保険協会の保険者番号等の設定について

1. 保険者番号（8桁）

法別番号 2桁	都道府県番号 2桁	保険者別番号 3桁	検証番号 1桁
---------	-----------	-----------	---------

法別番号（2桁）

- ①協会が管掌する健康保険（日雇特例被保険者は除く） 「01」
- ②日雇特例被保険者（特別療養費受給者を除く） 「03」
- ③日雇特例被保険者のうち特別療養費受給者 「04」

都道府県番号（2桁）

「保険者番号の設定について」（昭51.8.7付保発第45号・庁保発第34号）別表2の「都道府県番号表」による。

01 北海道、02 青森県～46 鹿児島県、47 沖縄県

保険者別番号（3桁）

「001」

検証番号（1桁）

※ 全国健康保険協会の保険者番号については「全国健康保険協会の保険者番号等の設定について」の参考を参照されたい。

2. 被保険者証の記号及び番号

「漢字ひらがな」を廃止し、「数字化」した。

(1) 記号（7～8桁）

事業所ごとに設定し、7桁～8桁の番号

任意継続被保険者は「5」で始まる8桁の番号

日雇特例被保険者は「7」で始まる8桁の番号

(2) 番号（最大7桁）

被保険者ごとに設定した最大7桁の番号

3. 経過的な取扱い

平成20年10月以降、協会の各支部から交付される被保険者証(水色)から適用する。

既に政府管掌健康保険に加入している者については、順次被保険者証の切替を行っていく。(切替を行った月の請求は新証の番号でも旧証の番号でもどちらでもよいが、レセプトは1枚に統一する。)

切替時期は平成21年1月1日から平成21年3月末までの間を予定している。

この切替期間中は新証と旧証が混在する。

厚生労働大臣が定める日(切替が完了した時点)までは旧証は有効である。

II 被保険者資格証明書について(案)

1. 地方社会保険事務局又は社会保険事務所(以下、「社会保険事務所等」という。)

○ 社会保険事務所等は従前どおり被保険者証の申請受付業務等を行う。

○ 被保険者証の交付、訂正、再交付、検認、更新等は全国健康保険協会(以下、「協会」という。)で行う。

○ 協会が交付等を行う際、新たに被保険者証を発行するまでの期間は概ね20日間を要する。

○ 申請してから20日間の間に療養の給付を受ける場合は、それまでの間、被保険者資格証明書(以下、「資格証明書」という。)を発行する。(事業主から求めがあった場合)

○ 資格証明書の申請は社会保険事務所等に提出し、社会保険事務所等で交付する。

2. 資格証明書の有効期間

○ 交付日から20日以内。

○ 20日を経過する前に被保険者証を被保険者が入手した時点で失効する。

3. 資格証明書の返納

○ 被保険者は資格証明書の有効期間が経過したときは返納するものとする。

○ 被保険者が新しい被保険者証を入手したときは、資格証明書を社会保険事務所長

等に返納する。

4. 資格証明書及び資格証明書の交付申請書の様式

- 添付資料を参照されたい。

(添付文書)

1. 全国健康保険協会の保険者番号等の設定について

[平 20. 9. 18 庁保険発第 0918001 号 社会保険庁運営部医療保険課長通知]

2. 被保険者資格証明書について (案)

[平 20. 9. 〇 庁保険発第〇〇〇号 社会保険庁運営部医療保険課長通知案]

(別添1)

庁保険発第0918001号

平成20年 9 月 18 日

地方社会保険事務局長 殿

社会保険庁運営部医療保険課長

(公 印 省 略)

全国健康保険協会の保険者番号等の設定について

標記については、平成20年10月1日より下記のとおり実施することとしたので、貴管下の保険医療機関、関係団体等に周知徹底を図り遺漏のないようお願いしたい。併せて健康保険法第3条第2項の規定による被保険者（日雇特例被保険者）に係る事務を市町村委託している場合にあつては当該市町村への周知についてよろしくお取り計らい願いたい。

記

1. 保険者番号

全国健康保険協会（以下「協会」という。）が管掌する健康保険の保険者番号の設定については、次のとおり、法別番号2桁、都道府県番号2桁、保険者別番号3桁及び検証番号1桁の計8桁の算用数字を組み合わせたものとする。

(1) 法別番号（2桁）

- ①協会が管掌する健康保険（日雇特例被保険者は除く。）は「01」とする。
- ②日雇特例被保険者（特別療養費受給者を除く。）は「03」とする。
- ③日雇特例被保険者のうち特別療養費受給者は「04」とする。

(2) 都道府県番号（2桁）

協会の都道府県支部が所在する都道府県に応じて、「保険者番号の設定について」（昭和51年8月7日付保発第45号・庁保発第34号）別表2

「都道府県番号表」により設定されている都道府県番号（「01」～「47」）とする。

(3) 保険者別番号（3桁）

「001」とする。

(注)

- ・法別番号については、現行と同様である。
- ・都道府県番号及び保険者別番号については、従来、それぞれ2桁を組み合わせた4桁の番号としてきたところであるが、上記のとおり、他の保険者と同様に、2桁及び3桁となっている。

(4) 検証番号（1桁）

検証番号は、次により算出した番号とする。

- ① 法別番号、都道府県番号及び保険者別番号の各数の末尾の桁を起点として順次2と1を乗じる。
- ② ①で算出した積の和を求める。ただし、積が2桁となる場合は、1桁目と2桁目の数字の和とする。
- ③ 10と②で算出した数字の下1桁の数との差を求め、これを検証番号とする。ただし、下1桁の数字が0のときは検証番号を0とする。

(例)

法別番号	都道府県番号	保険者別番号	
0 1	1 3	0 0	① ←起点
× ×	× ×	× × ×	
2 1	2 1	2 1 2	
0 + 1	+ 2 + 3	+ 0 + 0 + 2	= 8
		10 - 8	= 2 ……検証番号

2. 被保険者証の記号及び番号

被保険者証の記号及び番号については、従来、漢字及びひらがなを用いていたが、すべて数字化し、次の組み合わせとする。

(1) 記号

事業所ごとに設定した8桁ないし7桁の番号とする。ただし、任意継続被保険者は5で始まる8桁の番号とし、日雇特例被保険者は7で始まる8桁の番号とする。

(2) 番号

被保険者ごとに設定した最大7桁の番号とする。

3. 経過的な取扱い

平成20年10月以降、協会の各都道府県支部から新たに交付される被保険者証については、上記のとおり新たな保険者番号等が設定される（被保険者証のイメージは別添参照。）。

既に政府管掌健康保険に加入している者については、順次被保険者証の切替を行っていくが切替が完了する日（厚生労働大臣が定める日）までは、従前の政府管掌健康保険の被保険者証が引き続き有効とする経過措置を講ずることとしている。このため、政府管掌健康保険の被保険者証で受診した被保険者及び被扶養者については、従前の政府管掌健康保険の被保険者証の記号及び番号で取り扱うものとする。

(別添)

被保険者証のイメージ

【一般被保険者】

被保険者証(被保険者本人)(表面)

健康保険 被保険者証	本人(被保険者)	00123
	平成20年10月14日交付	
	記号 11010203	番号 123456
氏名	ケンボ 太郎	
生年月日	昭和49年5月24日	性別 男
資格取得年月日	平成20年10月10日	
事業所所在地	港区〇〇〇1-2-3	
事業所名称	〇〇株式会社	
保険者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>
保険者名称	全国健康保険協会〇〇支部	<input type="text"/>
保険者所在地	〇〇市 〇〇区 1-1-1	

被保険者証(被扶養者)(表面)

健康保険 被保険者証	家族(被扶養者)	01123
	平成20年10月14日交付	
	記号 11010203	番号 123456
氏名	ケンボ ハナコ	
生年月日	昭和51年10月22日	性別 女
認定年月日	平成20年10月10日	
被保険者氏名	健保 太郎	
事業所所在地	港区〇〇〇1-2-3	
事業所名称	〇〇株式会社	
保険者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>
保険者名称	全国健康保険協会〇〇支部	<input type="text"/>
保険者所在地	〇〇市 〇〇区 1-1-1	

【任意継続被保険者】

被保険者証(被保険者本人)(表面)

健康保険 被保険者証	本人(被保険者)	00123
	平成20年10月14日交付	
	記号 50000012	番号 123
氏名	キョウカイ 太郎	
生年月日	昭和49年10月24日	性別 男
資格取得年月日	平成20年10月10日	
事業所所在地	任意継続被保険者	
事業所名称	資格喪失予定年月日 平成22年10月10日	
保険者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>
保険者名称	全国健康保険協会〇〇支部	<input type="text"/>
保険者所在地	〇〇市 〇〇区 1-1-1	

被保険者証(被扶養者)(表面)

健康保険 被保険者証	家族(被扶養者)	01123
	平成20年10月14日交付	
	記号 50000012	番号 123
氏名	キョウカイ ハナコ	
生年月日	昭和51年11月15日	性別 女
認定年月日	平成20年10月10日	
被保険者氏名	協会 太郎	
事業所所在地	任意継続被扶養者	
事業所名称	資格喪失予定年月日 平成22年10月10日	
保険者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>
保険者名称	全国健康保険協会〇〇支部	<input type="text"/>
保険者所在地	〇〇市 〇〇区 1-1-1	

【一般被保険者・任意継続被保険者 共通】

被保険者証(裏面)

注意事項	診察を受けようとするときには、この証をその都府県保険医療機関等の窓口で提示してください。
住所	<input type="text"/>
備考	<input type="text"/>
※ 以下の欄は臓器提供に関する意思を表示する欄として使用できます。記入する場合は、該当する1~3の番号を○で囲んだ上で提供したい臓器を○で囲んで下さい。	
1	私は、 <u>脳死</u> の判定に従い、 <u>脳死後</u> 、移植のために○で囲んだ臓器を提供します。 (×をつけた臓器は提供しません。) 心臓・肺・肝臓・腎臓・脾臓・小腸・眼球・その他()
2	私は、 <u>心臓</u> が停止した死後、移植のために○で囲んだ臓器を提供します。 (×をつけた臓器は提供しません。) 腎臓・脾臓・眼球・その他()
3	私は、臓器を提供しません。
《自筆署名》	《署名年月日》 年 月 日

(参考)

全国健康保険協会の保険者番号

支部名	全国健康保険協会管掌健康保険				日雇特例被保険者				日雇特例被保険者特別療養費受給者															
	法別	都道府県	保険者別番号	CD	法別	都道府県	保険者別番号	CD	法別	都道府県	保険者別番号	CD												
北海道	0	1	0	1	0	0	1	6	0	3	0	1	0	0	1	4	0	4	0	1	0	0	1	3
青森	0	1	0	2	0	0	1	5	0	3	0	2	0	0	1	3	0	4	0	2	0	0	1	2
岩手	0	1	0	3	0	0	1	4	0	3	0	3	0	0	1	2	0	4	0	3	0	0	1	1
宮城	0	1	0	4	0	0	1	3	0	3	0	4	0	0	1	1	0	4	0	4	0	0	1	0
秋田	0	1	0	5	0	0	1	2	0	3	0	5	0	0	1	0	0	4	0	5	0	0	1	9
山形	0	1	0	6	0	0	1	1	0	3	0	6	0	0	1	9	0	4	0	6	0	0	1	8
福島	0	1	0	7	0	0	1	0	0	3	0	7	0	0	1	8	0	4	0	7	0	0	1	7
茨城	0	1	0	8	0	0	1	9	0	3	0	8	0	0	1	7	0	4	0	8	0	0	1	6
栃木	0	1	0	9	0	0	1	8	0	3	0	9	0	0	1	6	0	4	0	9	0	0	1	5
群馬	0	1	1	0	0	0	1	5	0	3	1	0	0	0	1	3	0	4	1	0	0	0	1	2
埼玉	0	1	1	1	0	0	1	4	0	3	1	1	0	0	1	2	0	4	1	1	0	0	1	1
千葉	0	1	1	2	0	0	1	3	0	3	1	2	0	0	1	1	0	4	1	2	0	0	1	0
東京	0	1	1	3	0	0	1	2	0	3	1	3	0	0	1	0	0	4	1	3	0	0	1	9
神奈川	0	1	1	4	0	0	1	1	0	3	1	4	0	0	1	9	0	4	1	4	0	0	1	8
新潟	0	1	1	5	0	0	1	0	0	3	1	5	0	0	1	8	0	4	1	5	0	0	1	7
富山	0	1	1	6	0	0	1	9	0	3	1	6	0	0	1	7	0	4	1	6	0	0	1	6
石川	0	1	1	7	0	0	1	8	0	3	1	7	0	0	1	6	0	4	1	7	0	0	1	5
福井	0	1	1	8	0	0	1	7	0	3	1	8	0	0	1	5	0	4	1	8	0	0	1	4
山梨	0	1	1	9	0	0	1	6	0	3	1	9	0	0	1	4	0	4	1	9	0	0	1	3
長野	0	1	2	0	0	0	1	3	0	3	2	0	0	0	1	1	0	4	2	0	0	0	1	0
岐阜	0	1	2	1	0	0	1	2	0	3	2	1	0	0	1	0	0	4	2	1	0	0	1	9
静岡	0	1	2	2	0	0	1	1	0	3	2	2	0	0	1	9	0	4	2	2	0	0	1	8
愛知	0	1	2	3	0	0	1	0	0	3	2	3	0	0	1	8	0	4	2	3	0	0	1	7
三重	0	1	2	4	0	0	1	9	0	3	2	4	0	0	1	7	0	4	2	4	0	0	1	6
滋賀	0	1	2	5	0	0	1	8	0	3	2	5	0	0	1	6	0	4	2	5	0	0	1	5
京都	0	1	2	6	0	0	1	7	0	3	2	6	0	0	1	5	0	4	2	6	0	0	1	4
大阪	0	1	2	7	0	0	1	6	0	3	2	7	0	0	1	4	0	4	2	7	0	0	1	3
兵庫	0	1	2	8	0	0	1	5	0	3	2	8	0	0	1	3	0	4	2	8	0	0	1	2
奈良	0	1	2	9	0	0	1	4	0	3	2	9	0	0	1	2	0	4	2	9	0	0	1	1
和歌山	0	1	3	0	0	0	1	1	0	3	3	0	0	0	1	9	0	4	3	0	0	0	1	8
鳥取	0	1	3	1	0	0	1	0	0	3	3	1	0	0	1	8	0	4	3	1	0	0	1	7
島根	0	1	3	2	0	0	1	9	0	3	3	2	0	0	1	7	0	4	3	2	0	0	1	6
岡山	0	1	3	3	0	0	1	8	0	3	3	3	0	0	1	6	0	4	3	3	0	0	1	5
広島	0	1	3	4	0	0	1	7	0	3	3	4	0	0	1	5	0	4	3	4	0	0	1	4
山口	0	1	3	5	0	0	1	6	0	3	3	5	0	0	1	4	0	4	3	5	0	0	1	3
徳島	0	1	3	6	0	0	1	5	0	3	3	6	0	0	1	3	0	4	3	6	0	0	1	2
香川	0	1	3	7	0	0	1	4	0	3	3	7	0	0	1	2	0	4	3	7	0	0	1	1
愛媛	0	1	3	8	0	0	1	3	0	3	3	8	0	0	1	1	0	4	3	8	0	0	1	0
高知	0	1	3	9	0	0	1	2	0	3	3	9	0	0	1	0	0	4	3	9	0	0	1	9
福岡	0	1	4	0	0	0	1	9	0	3	4	0	0	0	1	7	0	4	4	0	0	0	1	8
佐賀	0	1	4	1	0	0	1	8	0	3	4	1	0	0	1	6	0	4	4	1	0	0	1	5
長崎	0	1	4	2	0	0	1	7	0	3	4	2	0	0	1	5	0	4	4	2	0	0	1	4
熊本	0	1	4	3	0	0	1	6	0	3	4	3	0	0	1	4	0	4	4	3	0	0	1	3
大分	0	1	4	4	0	0	1	5	0	3	4	4	0	0	1	3	0	4	4	4	0	0	1	2
宮崎	0	1	4	5	0	0	1	4	0	3	4	5	0	0	1	2	0	4	4	5	0	0	1	1
鹿児島	0	1	4	6	0	0	1	3	0	3	4	6	0	0	1	1	0	4	4	6	0	0	1	0
沖縄	0	1	4	7	0	0	1	2	0	3	4	7	0	0	1	0	0	4	4	7	0	0	1	9

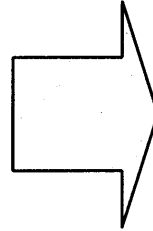
被保険者証の記号番号の変更

一般被保険者

健康保険被保険者証
記号 港 いろは 番号 31

保険者番号 2111
保険者名称 東京社会保険事務局
(港社会保険事務所)

保険者所在地



健康保険被保険者証
記号 11010203 番号 31

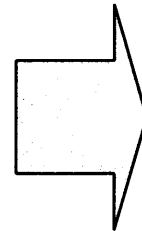
保険者番号 01130012
保険者名称 全国健康保険協会東京支部
保険者所在地

任意継続被保険者

健康保険被保険者証
記号 港任継 番号 5123

保険者番号 2111
保険者名称 東京社会保険事務局
(港社会保険事務所)

保険者所在地



健康保険被保険者証
記号 50000013 番号 6105123

保険者番号 01130012
保険者名称 全国健康保険協会東京支部
保険者所在地

(案)

庁保険発第 号
平成20年9月 日

地方社会保険事務局長 殿

社会保険庁運営部医療保険課長
(公印省略)

被保険者資格証明書について

今般、健康保険法施行規則等の一部を改正する省令(平成20年厚生労働省令第〇号)が公布されたところであるが、標記については、下記のとおり取り扱うこととしたので、その趣旨等の周知徹底を図り、遺憾のないよう配意されたい。

なお、被保険者資格証明書は、保険医療機関及び保険医療養担当規則(昭和三十二年厚生省令第十五号)第三条の規定において、被保険者証を提出することができない患者であつて、療養の給付を受ける資格の明らかな者に関しても保険医療機関は療養の給付を行うべき旨を定めているので、当該患者の受給資格を保険医療機関に対して明らかにするため措置されたものであるから、関係諸機関にその趣旨の徹底を図られたい。

記

- 1 地方社会保険事務局若しくは社会保険事務所(以下「社会保険事務所等」という。)は、全国健康保険協会(以下「協会」という。)の管掌する健康保険の被保険者について、協会による被保険者証の交付、訂正、再交付又は検認若しくは更新が行われるまでの間、事業主から求めがあった場合において、被保険者の資格が確認でき、当該被保険者又はその被扶養者が療養の給付又は家族療養費の支給、入院時食事療養費に係る療養、入院時生活療養費に係る療養若しくは保険外併用療養費に係る療養を受ける必要があるときに限り、被保険者に対し被保険者資格証明書(以下「資格証明書」という。)を交付することができるものとする。 (健康保険法施行規則第50条の2第1項関係)
- 2 資格証明書の有効期間は交付日から20日以内とし、20日を経過する前においても被保険者が被保険者証を入手した時点で失効するものとする。

- 3 被保険者は、資格証明書の有効期間が経過したとき又は被保険者証を入手したときは、すみやかに資格証明書を社会保険事務所長等に返納するものとする。 (健康保険法施行規則第50条の2第2項関係)
- 4 資格証明書及び資格証明書の交付申請書の様式は別紙様式によるものとする。なお、被保険者証の記号については、協会で付番される数字化された記号を記載するものとする。

申請年月日 平成 年 月 日

健康保険被保険者資格証明書交付申請書

事業主が記入していただくところ	事業所	事業所整理記号	事業所番号			
	被保険者	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生	男・女
		氏名				
		資格取得年月日	平成 年 月 日			
	被扶養者	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生	男・女
		氏名				
		被扶養者となった日	上記資格取得年月日と同じ・平成 年 月 日			
		フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生	男・女
		氏名				
		被扶養者となった日	上記資格取得年月日と同じ・平成 年 月 日			
		フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生	男・女
		氏名				
	被扶養者となった日	上記資格取得年月日と同じ・平成 年 月 日				
	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生	男・女	
	氏名					
被扶養者となった日	上記資格取得年月日と同じ・平成 年 月 日					
証明書発行理由	健康保険被保険者証発行手続き中のため					
上記被保険者（被扶養者）にかかる被保険者資格を証明願います。						
事業所所在地						
事業所名称						
事業主氏名						
印 社会保険事務所長 殿						

証明年月日 平成 年 月 日

健康保険被保険者資格証明書

上記の被保険者（被扶養者）は、現に全国健康保険協会が管掌する健康保険の被保険者（被扶養者）の資格を有することを証明します。

社会保険事務所長 印

社会保険事務所が記入するところ	被保険者	番 号			
		名 称			
		所 在 地			
	被保険者証記号番号	記号：	番号：		
証明書有効期間	上記証明年月日から 平成 年 月 日まで				

注1) 被保険者は有効期間が経過したとき、又は有効期間内であっても被保険者証が交付された場合は、事業主に返付してください。事業主は、これを社会保険事務所に提出してください。
注2) 有効期間は証明年月日から20日以内となります。

(記載例)

申請年月日 平成20年10月 5日

健康保険被保険者資格証明書交付申請書

事業主が記入していただくところ	事業所	事業所整理記号	札幌西いろ	事業所番号	4444		
	被保険者	フリガナ	キョウカイ タウ		生年月日	明・大・ <u>明</u> ・平 44年 2月18日生	男・女
		氏名	協会 太郎				
		資格取得年月日	平成20年10月 1日				
	被扶養者	フリガナ	キョウカイ ハコ		生年月日	明・大・ <u>明</u> ・平 44年 4月 3日生	男・女
		氏名	協会 花子				
		被扶養者となった日	上記資格取得年月日と同じ・平成 年 月 日				
		フリガナ			生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生	男・女
		氏名					
		被扶養者となった日	上記資格取得年月日と同じ・平成 年 月 日				
フリガナ				生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生	男・女	
氏名							
被扶養者となった日	上記資格取得年月日と同じ・平成 年 月 日						
フリガナ			生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生	男・女		
氏名							
被扶養者となった日	上記資格取得年月日と同じ・平成 年 月 日						
証明書発行理由	健康保険被保険者証発行手続き中のため						
上記被保険者（被扶養者）にかかる被保険者資格を証明願います。							
事業所所在地	〒060-8524 札幌市北区北7条西4-3-2						
事業所名称	(株)〇〇商事						
事業主氏名	〇〇 〇〇				印		
社会保険事務所長 殿							

証明年月日 平成20年10月 5日

健康保険被保険者資格証明書

上記の被保険者（被扶養者）は、現に全国健康保険協会が管掌する健康保険の被保険者（被扶養者）の資格を有することを証明します。

札幌西社会保険事務所長 印

社会保険事務所が記入するところ	番号	01010016				
	名称	全国健康保険協会北海道支部				
	所在地	〒060-8524 札幌市北区北7条西4-3-1 新北海道ビル				
	被保険者証記号番号	記号：	1010002	番号：	15	
証明書有効期間	上記証明年月日から		平成20年10月25日まで			

注1) 被保険者は有効期間が経過したとき、又は有効期間内であっても被保険者証が交付された場合は、事業主に返付してください。事業主は、これを社会保険事務所に提出してください。
注2) 有効期間は証明年月日から20日以内となります。