

■■■新年のご挨拶■■■



旧年中は格別のご厚情を賜り 社員一同心より御礼申し上げます  
 本年も 更なるサービスの向上に努めて参りますので  
 より一層のご支援 お引立てを賜りますようお願い申し上げます  
 皆様のご健康とご多幸をお祈りし 新年のご挨拶とさせていただきます  
 本年も宜しくお願い申し上げます

乙巳歳 元旦

株式会社マクロスジャパン 一同

■■■Mac24電子カルテご利用のお客様へ■■■

■ 12月配布マスタ (順次更新しておりますが、お急ぎの場合はご一報ください)

12月27日配布: 診療行為マスタ	新規:	2件	行為	点数
	160242250	マイコプラズマ・ジェニタリウム核酸・マクロライド耐性変異同時検出	検査	350
	160242350	P16タンパク	検査	720
	変更:	2件	行為	点数
	150431610	胚移植術 (新鮮胚移植)	手術	7500
150431710	胚移植術 (凍結・融解胚移植)	手術	12000	
12月27日配布: 特定機材マスタ	変更:	2件		価格
	710011127	植込型舌下神経電気刺激装置		2480000
	729920030	高血圧症治療補助アプリ		7010

■ 12月2日以降の医療機関・薬局の窓口における資格確認方法等について

厚生労働省では12月2日以降の窓口対応やレセプト請求に関連する留意点も公表しています。今回は医療DXも含めて医療事務に携わる方々には大きな転換点となる年です。自らの常識を変えていく場面もあるでしょう。

次頁の図2・図3や次の動画も参考にしながら、自院にあった業務フロー・患者の導線の見直しを進めましょう

・解説動画

<https://www.youtube.com/watch?v=CZLZBks1v8E>

・資料

<https://www.mhlw.go.jp/content/10200000/001332947.pdf>

オン資格不能時には3頁目の「被保険者資格申立書」をコピーしてご利用ください。

オンライン資格確認等コールセンターに寄せられている質問事例や、顔認証付きカードリーダーのメーカーごとにトラブルチェックシートがA4サイズで作成されています。マイナ保険証を利用する患者も増えますので、窓口担当の方はしっかりと確認しておきたいものです。

●医療機関等向け総合ポータルサイト

「【お知らせ】顔認証付きカードリーダーの簡単チェックシート(統合版)を作成しました」で検索してください。

[https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm?id=kb\\_article\\_view&sys\\_kb\\_id=6378a637c3af0a5035552f2599013166&spa=1](https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm?id=kb_article_view&sys_kb_id=6378a637c3af0a5035552f2599013166&spa=1)

富士通・パナソニック・アトラス・アルメックス・キヤノン

AIS\_MC-NEWS(2025年1月版)より

株式会社マクロスジャパンメディカル事業部

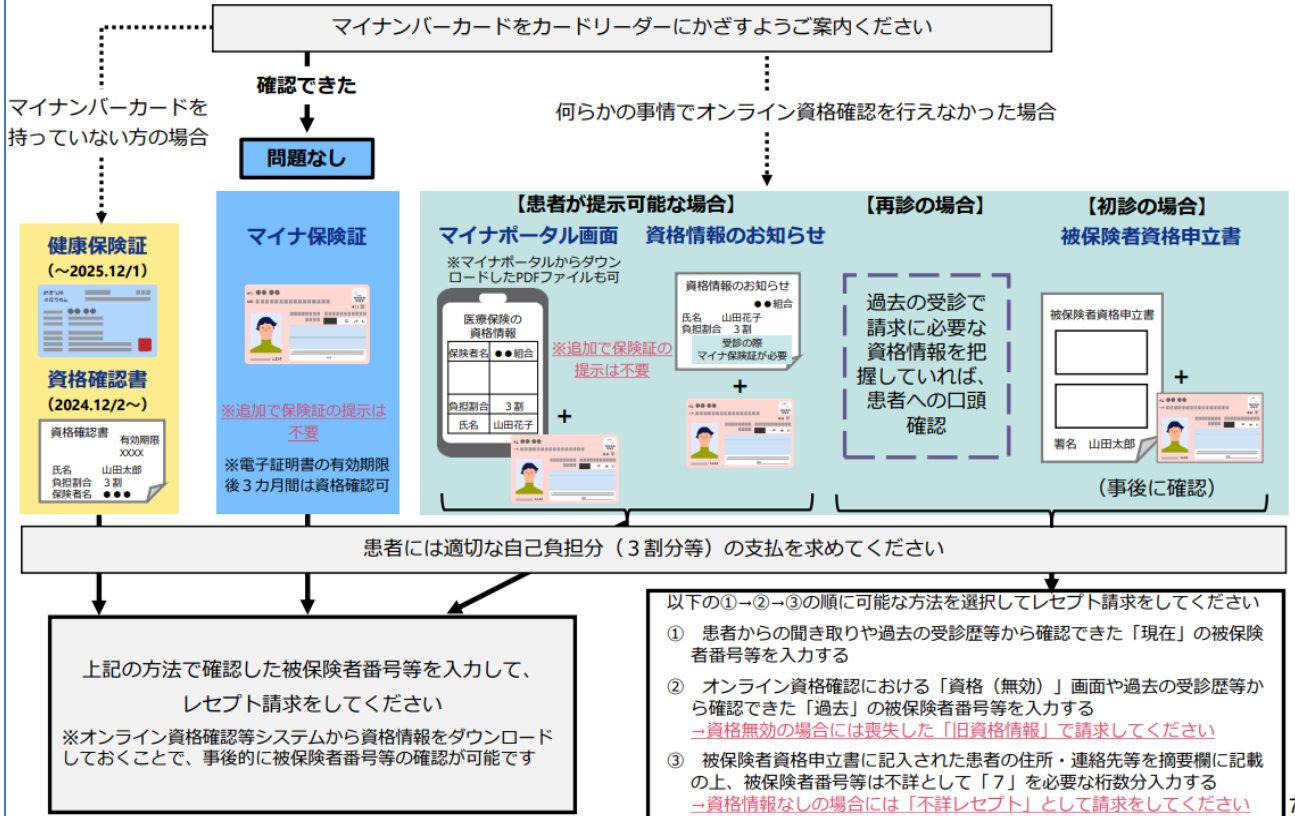
〒103-0006 東京都中央区日本橋富沢町10-16MYARK 日本橋ビル 8F

TEL : 03-3666-6767 (代) 03-3666-7171 (サポート専用)

FAX : 03-3666-6711E-mail : [support@macros.co.jp](mailto:support@macros.co.jp)

Website : <https://macros.co.jp>

医療機関・薬局での資格確認とレセプト請求（令和6年12月2日以降の取扱い）



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（令和6年12月2日以降の取扱い）

RS.7.10発出通知別添1  
(一部改変)

有効な保険資格を有する方がマイナンバーカードを提示した際に適切な自己負担分（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。

【保険者等の皆様へのお願い】

- 不詳レセプト等に対する特定作業において、審査支払機関から照会がある場合は必要な協力をお願いします。

何らかの事情でその場で資格確認を行えないケース

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するとともに、データ登録が行われないまま、マイナ保険証で受診することがないよう、加入者等に対して情報提供する等により、こうした事象自体を減らします。
- ※ 自衛官は12/2以降オンライン資格確認対象になりますが、日雇特例被保険者は対象外となりますのでご注意ください。

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、電子証明書の更新忘れ（12/2以降は資格確認は3カ月間は可能）
- ・停電、施設の通信障害、広範囲のネットワーク障害など

※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上立ち上げ、資格確認をしていただくことも可能です。

資格確認※1・2

【可能であれば、いずれかとマイナンバーカードの提示による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（ダウンロードしたものを含む。）（患者自身のスマートフォンで提示可能な場合）
  - ・資格情報のお知らせ（患者が持参している場合）
- ※喪失していない資格情報が、患者に口頭で確認願います。

【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を求めする必要はありません。

窓口負担

患者自己負担分（3割等）を受領

レセプト請求

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、請求を行ってください。
- ※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。

医療費負担

- ・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、災害等の際の際の取扱いを参考に、保険者等で負担を按分します。

患者の皆様へのお願い

別紙様式

## 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、本単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範囲でのみ使用し、診療報酬請求等の請求・支払等に保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※1	
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※2	<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・公費負担医療の場合）、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きます。

### 2 マイナ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。

署名 \_\_\_\_\_ (患者との関係※5)

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。

### 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、マイナナンバーカードでオンライン資格確認ができない場合