

肝炎医療費の助成制度について

～ 受給者証交付申請の手引き ～
(令和7年12月版)

奈良県福祉保険部医療政策局疾病対策課

1 対象となる疾患

- ①インターフェロン治療
B型ウイルス性肝炎、C型ウイルス性肝炎、C型代償性肝硬変
- ②核酸アナログ製剤治療
B型ウイルス性肝炎、B型代償性肝硬変、B型非代償性肝硬変
- ③インターフェロンフリー治療
C型ウイルス性肝炎、C型代償性肝硬変 (Child-Pugh 分類Aに限る)
C型非代償性肝硬変 (Child-Pugh 分類B若しくはC)

2 対象者

次の項目を全て満たす方が助成の対象者となります。

- ①奈良県内に住所があること
- ②「1 対象となる疾患」と診断され、かつ、「3 治療受給者の認定基準」を満たしていること。
- ③国民健康保険等の各種医療保険に加入していること。

3 治療受給者の認定基準

●B型慢性肝疾患

◆インターフェロン治療の場合

HB e 抗原陽性で、かつ、HBV-DNA陽性のB型慢性活動性肝炎でインターフェロン治療を行う予定、または、インターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。(ただし、ペグインターフェロン製剤を用いる治療に限っては、HB e 抗原陰性のB型慢性活動性肝炎も対象とする。)

※上記において助成対象は2回目の治療までとするが、これまでにインターフェロン製剤(ペグインターフェロン製剤を除く)による治療に続いて、ペグインターフェロン製剤による治療を受けて不成功であったものは、再度ペグインターフェロン製剤による治療を受ける場合において、その治療に対する助成を認める。

◆核酸アナログ製剤治療の場合

B型肝炎ウイルスの増殖を伴い、肝機能の異常が確認されたB型慢性肝疾患で核酸アナログ製剤治療を行う予定、または、核酸アナログ製剤治療実施中の者。

●C型慢性肝疾患

◆インターフェロン単剤、インターフェロン及びリバビリン併用治療の場合

HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎又は、C型代償性肝硬変でインターフェロン治療を行う予定、またはインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。ただし、3剤併用療法(ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤)に係る治療歴のある場合、副作用等の事由により十分量の24週治療が行われなかった場合に限る。

※前ページに記載の2回目の助成を受けることができるのは、以下の（１）（２）のいずれにも該当しない場合とする。

- （１）これまでの治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による４８週投与を行ったが、３６週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったケース。
- （２）これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による７２週投与が行われたケース。

◆インターフェロンフリー治療の場合

HCV-RNA陽性のC型慢性肝疾患（C型慢性肝炎若しくはChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変又はChild-Pugh分類B若しくはCのC型非代償性肝硬変）で、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

- （１）上記については、C型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変に対しては原則１回のみの助成とし、Child-Pugh分類B又はCのC型非代償性肝硬変に対しては１回のみの助成とする。
ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医によってインターフェロンフリー治療薬を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。なお、再治療に前治療と同一の治療薬を用いる場合は、グレカプレビル・ピブレンタスビルの前治療８週、再治療１２週とする療法に限る。また、インターフェロン単剤、インターフェロン及びリバビリン併用治療、ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤３剤併用療法に係る治療歴の有無を問わない。
- （２）上記については、初回治療の場合、日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成する。
- （３）上記については、再治療の場合、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医の判断を踏まえた上で、日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

4 対象となる医療

- ・C型ウイルス性肝炎の根治を目的として行われるインターフェロン治療及びインターフェロンフリー治療、並びにB型ウイルス性肝炎に対して行われるインターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療で保険適用となっているものが対象となります。
- ・当該治療を実施するための入院、検査等についても助成の対象です。
- ・入院時の食事代、居住費等は助成の対象外です。

5 助成の方法

- ・お住まいの地域を管轄する保健所に必要書類を添えて申請手続きをしてください。
- ・審査の結果、認定された方には、治療受給者証を交付します。
- ・医療機関を受診する際に、この治療受給者証を提示することで、インターフェロン治療、核酸アナログ製剤治療、並びにインターフェロンフリー治療の保険診療にかかる医療費の自己負担額の一部助成を受けることが出来ます。（１ヶ月あたりの健康保険適用後の負担額のうち、肝炎医療費助成制度の中で定められている

自己負担額（月額）を超える部分の支払いの助成を受けることができます。）

6 助成期間

- (1) インターフェロンフリー治療を行う場合…申請書を受理した月の初日から7ヶ月までの必要と認める期間
- (2) 3剤併用療法を中止し、3剤併用治療を除くインターフェロン治療を行う場合…変更後の申請書を受理した月の初日から治療予定期間の終期まで(最大1年間)
- (3) 上記(1)(2)以外の治療を行う場合…申請書を受理した月の初日から治療予定期間の終期まで(最大1年間)

- ※ 例) 5月10日に保健所へ申請した場合、承認開始日は5月1日となります。
- ※ 肝炎医療費助成制度は、原則として最大1年間を限度とする、治療予定期間に即した期間(インターフェロンフリー治療の場合は7ヶ月までの必要と認める期間)に限り医療費助成する制度です。また、「当該治療を行う予定」を認定要件としていますので、当該治療の開始の直前に申請していただくことをおすすめします。
- ※ 核酸アナログ製剤治療については、医師が治療の継続が必要と認める場合、受給者証の有効期間内に申請をいただく事により、1年ごとに有効期間の更新を行うことができます。

7 インターフェロン治療費助成期間の延長

受給者証の有効期間は原則として、最大1年間を限度とする、治療予定期間に即した期間ですが、一定の条件に当てはまる場合は、延長が認められる場合があります。詳細は、7ページ「肝炎インターフェロン治療受給者証有効期間の延長について」をご覧ください。

該当する方は必ず有効期間の満了日までに申請手続きをしてください。有効期間終了後に申請された場合、延長期間の始期は申請書を受理した月の初日からとなるため、不承認あるいは承認できない期間が生じる場合があります。

8 月額自己負担限度額

◆自己負担限度額の階層区分◆

| 階層区分 | | 自己負担限度額（月額） |
|--------|-------------------------------------|-------------|
| 一般所得階層 | 世帯の市町村民税（所得割）課税年額が 235,000円未満の場合 | 10,000円 |
| 上位所得階層 | 世帯の市町村民税（所得割）課税年額が 235,000円以上の場合 | 20,000円 |

- ※ 毎年6月頃、その年度の課税年額が通知されますので、前年度と大きく変わる場合は、保健所にご相談ください。
- ※ 課税年額が確認できる書類が整っていない場合は自己負担限度額（月額）が20,000円になります。

9 申請に必要な書類

(1) 申請書

| | | |
|---|-------------------|---|
| B型ウイルス性肝炎の場合 | 肝炎治療受給者証交付申請書（B型） | 【別紙様式1-1】 |
| C型ウイルス性肝炎、 C型代償性肝硬変、 C型非代償性肝硬変の場合 | 肝炎治療受給者証交付申請書（C型） | インターフェロン治療 【別紙様式1-2】 インターフェロンフリー治療 【別紙様式1-3】 |

(2) 診断書

① インターフェロン治療の場合

| | | |
|----------|---|-----------|
| 初回の申請の場合 | 肝炎治療受給者証（3剤併用療法を除くインターフェロン治療の場合）の交付申請に係る診断書（新規） | 【別紙様式2-1】 |
| 2回目申請の場合 | 肝炎治療受給者証（3剤併用療法を除くインターフェロン治療の場合）の交付申請に係る診断書（2回目の制度利用） | 【別紙様式2-2】 |
| 3回目申請の場合 | 肝炎治療受給者証（B型慢性活動性肝炎に対する3回目のインターフェロン治療）の交付申請に係る診断書 | 【別紙様式2-3】 |

② 核酸アナログ製剤治療の場合

| | | |
|----------|--|-----------|
| 新規の申請の場合 | 肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤治療）の交付申請に係る診断書（新規） | 【別紙様式2-4】 |
| 更新の申請の場合 | 肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証の更新申請に係る意見書 又は 直近の認定・更新時以降に行われた検査内容及び治療内容がわかる資料（下記a及びb） a) 検査内容（血液検査結果等）がわかる資料 ※AST、ALT、血小板数、HBV-DNAの結果（必須） 例：検査結果報告書の写し、健診・人間ドックの結果の写し等 b) 受けている治療内容が分かる資料 例：お薬手帳の写し、薬剤情報提供書の写し等 | 【別紙様式2-5】 |

注意）更新申請が受給者証の有効期間内におこなわれなかった場合は、【別紙様式2-4】により、新規の申請をしていただく事になります。

※ ①、②にかかる診断書は、肝疾患に関する専門医療機関（奈良県外の医療機関においては、その医療機関所在地を管轄する都道府県が指定した専門医療機関）、日本肝臓学会肝臓専門医、日本消化器病学会専門医のいずれかが発行したものに限りま。

③インターフェロンフリー治療の場合

| | | |
|---------------------|--|----------------------------|
| 非代償性肝硬変を除く新規の申請の場合 | 肝炎治療受給者証（非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療）の交付申請に係る診断書（新規） | 【別紙様式２－６】 |
| 非代償性肝硬変を除く再治療の申請の場合 | 肝炎治療受給者証（非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療）の交付申請に係る診断書（再治療） インターフェロンフリー治療（再治療）に対する意見書 | 【別紙様式２－７】 【別紙様式２－９】 |
| 非代償性肝硬変に対する申請の場合 | 肝炎治療受給者証（非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療）の交付申請に係る診断書 | 【別紙様式２－８】 |

※ ③にかかる診断書は、日本肝臓学会肝臓専門医が作成することとし、治療実施医療機関が発行したものに限りまゝす。なお、インターフェロンフリー治療の再治療の場合で、肝疾患診療連携拠点病院の常勤する日本肝臓学会肝臓専門医以外が別紙様式２－７または別紙様式２－８を作成する場合は、肝疾患診療連携拠点病院の常勤する日本肝臓学会肝臓専門医が作成する別紙様式２－９が必要です。

（３）医療保険の加入状況を確認できる書類

申請者等が加入する医療保険の保険者から交付された「資格確認書」もしくは「資格情報のお知らせ」又はマイナポータルからアクセスできる医療保険の「資格情報画面」（あらかじめマイナポータルからダウンロードした医療保険の資格情報の PDF ファイルを表示した画面を含む。）を印刷したもののいずれか（P 10 参照）を提出してください。

※ 令和 7 年 12 月 2 日以降は従来の健康保険証は使用できなくなりました。それに伴い、従来の健康保険証の写しでの申請は受理できません。

（４）世帯全員（続柄を含む）が記載されている住民票の写し（原本・発行から 3 か月以内のもの）

（５）世帯全員の市町村民税課税（非課税）証明書（原本・金額の入ったもの。）

※ 肝炎医療費助成制度は、世帯全員の市町村民税（所得割）課税年額の合算額によって、申請者の自己負担限度額（月額）が決定されます。そのため、世帯全員の住民票と同一の世帯全員の市町村民税課税（非課税）証明書の提出が必要です。

ただし、市町村民税課税（非課税）証明書は、中学生までは省略できます。

また、世帯員のうち、市町村民税（所得割）課税年額が 235,000 円以上の方がおられる場合は、その方の市町村民税課税証明書の提出のみで結構です。市町村民税課税証明書の証明年次は次ページに記載のとおりです。

※ 「給与所得等に係る市民税・県民税・森林環境税 特別徴収税額の決定変更通知書」でも提出可能ですが、原本でしか受理できません。

| 申請時期 | 課税証明書の年次 |
|--|----------------------|
| 1月から6月末 | 前年度課税証明書 (前々年度所得) |
| 7月から12月末 | 当年度課税証明書 (前年度所得) |
| 5月末から6月にかけては所得区分の年度替りの時期のため、前々年所得（前年度課税）か前年所得（当該年度課税）のいずれかの課税証明書で構いません。ただし、世帯全員の課税年度はそろえてください。 | |

【同一世帯であっても、生計を別にしている場合の例外的な取り扱い】

自己負担限度額は、住民票の世帯全員の市町村民税課税の合算により決定していますが、医療保険及び地方税法上の扶養関係がなく、世帯の税額 合算対象からの除外を希望する方がいる場合は、**市町村民税額合算対象除外申請書（別紙様式9）**を提出することにより、自己負担限度額が軽減される場合があります。

- ※ 下記の全てにチェックが入る場合のみ対象となります。
また、下記の要件に該当することがわかる書類も必要です（別紙様式9参照）。
 - ☐ 受給者の配偶者以外の世帯員
(配偶者は、扶養関係にない場合であっても、民法上同一生計とみなされるため、課税年額の合算対象から除外できません。)
 - ☐ 受給者及びその配偶者と地方税法上、扶養関係にない
 - ☐ 受給者及びその配偶者と医療保険上、扶養関係にない
 - ☐ 受給者からの申請に基づくこと
- ※ 鉛筆や消せるボールペン（フリクションボール等）で記入された書類での申請は受理できません。
- ※ 一度申請いただいた書類は、どのような理由であってもお返しできません。
控えが必要な場合は、ご自身で申請前に写し（コピー等）をご準備ください。

10 受給者証の変更、再交付

住所・氏名・加入医療保険に変更があったときは、**記載事項変更申請（別紙様式4）**をしてください。

受給者証を汚したり、無くしたりしたときは、**再交付申請（別紙様式7）**をしてください。

11 受給者証の返還

受給者証の有効期間中に、治療が終了した場合、死亡や転出等により受給者の資格が無くなったときは、速やかに受給者証に「返還届」（別紙様式8）を添え、管轄保健所に返還してください。

3剤併用療法を除くインターフェロン治療から3剤併用治療に切り替えた場合も同様です。

12 転出入について

●奈良県から県外に転出した場合

奈良県が発行した受給者証は「返還届」（別紙様式8）を添え返還してください。転出先に提出する必要があるため、返還前に受給者証のコピーをとっておいてください。

転出先の都道府県への手続きについては、該当する都道府県にご確認ください。

●県外から奈良県に転入した場合

転入日の属する月の月末までに、次の書類を奈良県に提出してください。

1. 記載事項変更申請書（別紙様式4）
2. 転出前に交付されていた受給者証のコピー
3. 転出前に交付されていた月額管理表のコピー
4. 申請者の記載のある住民票の写し
5. 申請者の医療保険の加入状況を確認できる書類（P5参照）

13 申請手続き

①申請窓口は、申請者の住民票のある住所地を管轄する保健所です。

| 保健所 | 所在地・電話番号 | 管轄市町村 |
|--|---|---|
| 奈良市保健所 | 奈良市三条本町13番1号 0742-93-8397 | 奈良市 |
| 郡山保健所 （郡山保健所 医療費助成等 申請窓口） | 大和郡山市満願寺町60-1 0743-51-0195 | 大和郡山市、天理市、生駒市、 山添村、平群町、三郷町、 斑鳩町、安堵町 |
| 中和保健所 （中和保健所 医療費助成等 申請受付センター） | 橿原市常盤町605-5 0744-48-3036 | 大和高田市、御所市、香芝市、 葛城市、上牧町、王寺町、 広陵町、河合町、橿原市、 桜井市、宇陀市、川西町、 三宅町、田原本町、曽爾村、 御杖村、高取町、明日香村 |
| 高田出張所 （中和保健所 医療費助成等 申請受付センター （高田出張所）） | 大和高田市片塩12-5 （大和高田市民交流センター） 0745-51-8133 | |
| 吉野保健所 | 吉野郡下市町新住15-3 0747-64-8132 | 吉野町、大淀町、下市町、 黒滝村、天川村、下北山村、 上北山村、川上村、東吉野村、 五條市、野迫川村、十津川村 |

※ 吉野保健所五條出張所では、手続きできませんので、ご注意ください。

《肝炎インターフェロン治療受給者証有効期間の延長について》

下記の①、または②に該当する方は延長が認められます。

この期間延長は、受給者が申請するだけで認められるものではなく、病状治療内容に関する専門的な判断が必要となりますので、かかりつけ医にご相談の上、該当する場合は住所地を管轄する保健所に申請してください。

※ 期間延長の申請は、受給者証の有効期間の満了日までに行ってください。有効期限終了後に申請された場合、延長期間の始期は申請書を受理した月の初日からとなるため、不承認あるいは承認できない期間が生じる場合があります。

① 6か月延長 【2剤併用療法】

C型慢性肝炎セログループⅠ型、かつ、高ウイルス量症例に対する、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の実施にあたり、一定の条件を満たし、医師が72週投与が必要と判断する場合に6か月を限度とする期間延長を認める。
少量長期投与については、対象としない。

【72週投与の対象者】

共通項目の全て、かつ、（１）もしくは（２）の全てに該当される受給者のみ対象です。

《共通》

- ☐ 受給者の診断名は「C型肝炎ウイルスに伴う慢性肝炎」である。
- ☐ 受給者の治療前のウイルス型はセログループⅠ型の症例である。
- ☐ 受給者の治療前のウイルス量は、高ウイルス量の症例である。
- ☐ 受給者の変更後の治療は、標準的治療期間である48週間に連続して24週間を延長するもので、治療開始から最大で72週間である。
- ☐ 『48週を越えて投与した場合の有効性・安全性は確立していない』ことを担当医師が受給者に説明し、このことに同意した。

（１）

- ☐ 受給者は、これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法48週を行い、36週目までにHCV-RNAが陰性化した再燃した者である。
- ☐ 受給者は、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法を開始し、本申請時、当該治療を継続的に実施中である。
- ☐ 今回、投与開始後、継続的に治療を続け、36週までにHCV-RNAが陰性化した症例である。（一時休薬期間は除く）

（２）

- ☐ 受給者は、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の標準的治療（48週間）を開始し、本申請時、当該治療を継続的に実施中である。
 - ☐ 投与開始から12週後にHCV-RNA量がReal time PCRで陽性であった。
 - ☐ 投与開始から12週後にHCV-RNA量がReal time PCRで前値（※）の1/100以下であった。
 - ☐ 投与開始から36週までにHCV-RNA量がReal time PCRで陰性化した。
- ※ 注）前値…治療開始約半年前から直前までのHCV-RNA定量値

②2ヶ月延長

副作用による休薬等、本人に帰責性のない事由による治療休止期間がある場合、最大2か月を限度とする期間延長を認める。
再治療（再投与）及びインターフェロンフリー治療については対象としない。

★延長を認めることとしているのは、副作用等による助成期間中の治療中によって治療終了を目前にしながら有効期間が満了してしまう方に対して、例外的に若干の延長を認めることにより、終了目前の治療を完了していただきたいためです。

★自己判断による治療休止等の場合や、治療中止期間がない場合等は対象となりません。また、再治療（再投与）及びインターフェロンフリー治療については対象としておりませんので、ご注意ください。

【2か月延長の対象者】

下記のいずれかに該当される受給者が対象です。

- ☐ インターフェロンの副作用による休薬
- ☐ 他疾患の治療を優先するための休薬
- ☐ その他受給者本人に責任のない事由による休薬（例えば、海外出張など）
- ※ ①及び②の両方に該当する場合は、延長後の有効期間は最大1年8か月（当初の1年間＋6か月＋2か月）を限度とします。

【申請に必要な書類】

| | | |
|--------|--------------------------------|----------|
| ①6か月延長 | 「肝炎インターフェロン治療受給者証有効期間延長申請書（A）」 | （別紙様式10） |
| ②2か月延長 | 「肝炎インターフェロン治療受給者証有効期間延長申請書（B）」 | （別紙様式11） |

- ※ 必要事項に記入し、かかりつけ医にも該当箇所に記入してもらい、住所地を管轄する保健所に提出してください。
- ※ 審査の結果、認定された方には、有効期間を延長した治療受給者証を新たに交付します。

医療保険の加入状況を確認できる書類について

令和7年12月2日以降は従来の健康保険証は使用できなくなり、健康保険証利用登録をしたマイナンバーカード（マイナ保険証）を基本とする仕組みに移行されています。それぞれの状況に応じて、医療保険の加入状況を確認できる書類をご提出ください。

◆「医療保険の加入状況を確認できる書類」

※詳細については加入している保険者にお問い合わせください。

< 保険者から交付 >

・ 資格確認書
(マイナ保険証 **未保有**)

〇〇都道府県 有効期限 年 月 日
国民健康保険 発効期日 年 月 日
資格確認書

| | | |
|---------|-------|--------|
| 記号 | 番号 | (枝番) |
| 氏名 | 性別 | |
| 生年月日 | 年 月 日 | 負担割合 割 |
| 適用開始年月日 | 年 月 日 | |
| 交付年月日 | 年 月 日 | |
| 受領主氏名 | | |
| 住所 | | |
| 保険者番号 | | |
| 交付者名 | | 印 |

【参考】資格確認書（例）

・ 資格情報のお知らせ
(マイナ保険証 **保有**)

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。
なお、このお知らせのみでは受診できません。

| | | | |
|------------------|-----------|----|----------|
| 記号 | 000 | 番号 | 00000000 |
| 氏名 | 佐藤 太郎 | | |
| 性別 | 男 | | |
| 負担割合 (70歳以上のみ記載) | 〇割 | | |
| 適用開始年月日 | 平成〇〇年〇月〇日 | | |
| 交付年月日 | 令和〇〇年〇月〇日 | | |

※ 70歳以上の場合は、負担割合のほか、有効期限、発効期日を記載。(下部のQRコード利用も同様)

スマートフォンをお持ちの方は、以下のQR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例外的な場合には、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
令和〇〇年〇月〇日発行
(交付者名) (保険者番号)

| | | | |
|------|----------------|----|----------|
| 記号 | 000 | 番号 | 00000000 |
| 氏名 | 佐藤 太郎 | | |
| 負担割合 | 〇割 (70歳以上のみ記載) | | |

受領の際にはマイナ保険証が合わせて必要です

【参考】資格情報のお知らせ（例）

< ご自身で印刷 >

・ マイナポータルからダウンロードして印刷した「医療保険の資格情報」
(マイナ保険証 **保有**)

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：2025年1月1日時点

| | |
|-------------|----------|
| 保 険 者 名 | XX健康保険組合 |
| 保 険 者 番 号 | 00000000 |
| 記 号 | 1 |
| 番 号 | 0000000 |
| 枝 番 | 00 |
| 氏 名 | デンタル 花子 |
| 本 人・家 族 の 別 | 本人 |

70歳以上の方は後期高齢者医療の加入者

| | |
|---------|---|
| 一部負担金割合 | — |
| 有効期限 | — |

(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歳以上の方の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。

【参考】医療保険の資格情報（例）

マイナポータルで医療保険の資格情報を確認する方法

マイナポータルにログイン後、以下の操作を実施

12:34 マイナポータル

わたし 東京都 代田区 佐藤太郎

証明書 すべて見る

マイナンバーカード 健康保険証

健康保険証利用

利用登録状況 登録済

医療機関・薬局でマイナンバーカードを提示することで受診できます。
医療機関・薬局での利用方法はこちら

資格情報

令和〇〇年〇月〇日時点

資格情報をPDFで保存

ページ上に資格情報が表示されます。
※スクロールをしてご確認ください

「資格情報をPDFで保存」を押すと、スマートフォンに資格情報のPDFファイルを保存できます。

出典：厚生労働省ホームページ

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_50657.html