

被保険者資格申立書での不詳レセプト

☆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レセプト対応の方法になります。

患者から「被保険者資格申立書」を提示してもらいます。

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、本申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・支払等に係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・公費単独医療の場合）、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く場合があります。

2 マイナンバーカードの券面事項等

(フリガナ)

氏名	
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。

年 月 日

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、保護者の方が署名された場合にご記入ください。

【不詳】の場合

- ①保険情報登録画面を開きます。
- ・保険者番号は空欄で登録します。
 - ・保険の種類は、必ず選択してください。
(補助区分が必要な場合は補助区分も選択します。)
 - ・記号・番号は空欄で登録します。

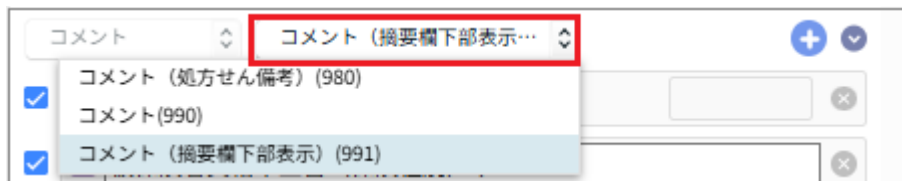


- ②カルテの入力時に下記内容をコメントマスタから選択します。

099999946 【レセプト】被保険者資格申立書提出患者
 830000502 被保険者資格申立書（保険種別）：
 830000503 被保険者資格申立書（保険者等名称）：
 830000504 被保険者資格申立書（事業者名）：
 830000505 被保険者資格申立書（住所1）：
 830000506 被保険者資格申立書（住所2以降）：
 830000507 被保険者資格申立書（連絡先電話番号）：
 830000508 被保険者資格申立書（患者への連絡を行った日付）：



※「コメント（摘要欄下部表示）（991）」にします。



〈補足〉

- ・「保険者番号の登録がある場合」「災害該当の場合」は不詳レセプトとはしません。
- ・専用のコメントマスタへ入力する内容は、被保険者資格申立書により把握している患者情報を入力してください。

〈レセプト表記〉

- 1, レセプト上部に「不詳」を記載します。
- 2, 保険者番号に「7777777（8桁）」を記載します。
- 3, 記号番号欄に「77777777（9桁）」を記載します。
（後期高齢者医療の場合は「7777777（8桁）」）
- 4, 摘要欄
→不詳及びカナ氏名を自動記載します。
CLIUS上で入力したコメント内容を反映させます。

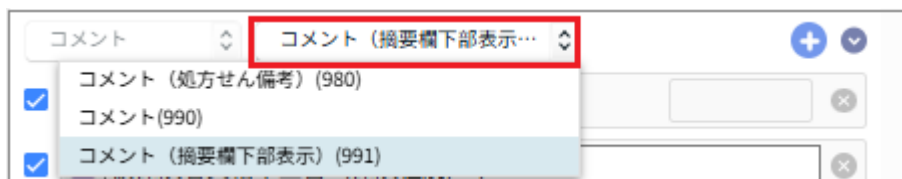
○ 02815		不詳	
診療報酬明細書(医科入院外)1社		令和 7 年 11 月分	薬番 16 医コ 1 2 - 3 4 5 6 -
-		1 医科 1 社 1 単独 2 本外	
公負○		保険 7 7 7 7 7 7 7 7	
公負○		記号・番号 7 7 7 7 7 7 7 7 (枝番)	
氏名	シカクモウシタテ フショウ 資格申立書 不詳 2 女 4 平 1 2 . 9 . 9 生	特記事項	保険医 東京都文京区本駒込2-28-16登録1234567 療機関 890123番号 の所在地及び 名称 03-3946-0123 診療科 (01内科) (床)
職務上の事由			
傷病名		診療開始日	診療日数 1日 ① 日 ② 日
11 初診	(時間外) 1回 387		不詳 被保険者資格申立書（カナ氏名）；シカクモウシタテ フショウ 被保険者資格申立書（保険種別）；社保 被保険者資格申立書（保険者等名称）；組合 被保険者資格申立書（事業所名）；〇〇 被保険者資格申立書（住所1）；東京都新宿区 被保険者資格申立書（連絡先電話番号）；0120-2 65-203 被保険者資格申立書（患者への連絡を行った日付）；令 和7年11月30日
12 再診	× 回		
再診	外来管理加算 × 回		
再診	時間外 × 回		
再診	休日 × 回 深夜 × 回		
13 医学管理			
14 在宅	往診 回 夜間 回 深夜・緊急 回 在宅患者訪問診療 回 その他		

【旧資格情報】の場合

①カルテの入力時に下記内容をコメントマスタから選択します。
 099999945 【レセプト】旧資格情報患者



※「コメント（摘要欄下部表示）（991）」にします。



〈補足〉

・「保険者番号の登録がない場合」「災害該当の場合」は旧資格情報レセプトとはしません。

〈レセプト表記〉

1，摘要欄に「旧資格情報」と記載されます。

○ 02817		診療報酬明細書(医科入院外)1社 令和 7 年 11 月分 県番 16 医コ12-3456-		1医科1社	1単独	2本外
公負○		公受○		保険 0 1 1 3 0 0 1 2		
公負○		公受○		記号・番号 0 1 2 3 4 5 6 7 (枝番) 0 1 2 3 4 5 6 7 8		
氏名	シカクモウシタテ キュウシカクジョウホウ 資格申立書 旧資格情報		特記事項	保険医 東京都文京区本駒込2-28-16登録1234567 療機関 890123番号 の所在 ドーナツクリニック1 地及び 名称 03-3946-0123 診療科 (01内科) (床)		
職務上の事由	1 男 4 平 1 2 . 9 . 9 生					
傷病名			診療開始日	転	診療日数	1日 ①日 ②日
11	初診	回	旧資格情報			
12	再診	92×1回	92			