

4 事業完了報告書記載例

西暦 ○○○○ 年 ○ 月 ○ 日

社会保険診療報酬支払基金理事長 あて

①	都道府県コード	○ ○	点数表コード	○
②	保険医療機関等コード	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		
③	保険医療機関等名称	○○病院		
④	開設者氏名	○○○○		
⑤	所在地	〒 ○○○-○○○ ○○県○○市○○		
⑥	電話番号	○○-○○○○-○○○○		

オンライン資格確認等事業完了報告書

⑦

【記載例1】 【オンライン資格確認の導入準備が完了した場合】

顔認証付きカードリーダーを活用し、オンライン資格確認の導入のためのシステム整備が整いましたので、報告します。

【記載例2】 【オンライン資格確認の導入準備が完了した場合と薬剤情報及び特定健診情報を閲覧する環境が整った場合】

顔認証付きカードリーダーを活用し、オンライン資格確認の導入、薬剤情報及び特定健診情報を閲覧するためのシステム整備が整いましたので、報告します。

※ オンライン資格確認等事業完了報告書については、「保険医療機関等向け医療提供体制設備整備交付金実施要領」の「第2 交付対象事業」に規定されている事業の準備が整ったことを記入してください。

- ① 顔認証付きカードリーダーを活用し、患者の資格情報の自動取得が整ったこと。（必須）
- ② 過去の薬剤情報又は特定健診情報を閲覧する環境が整ったこと。（実施した保険医療機関等のみ）
- ③ ②を実施した場合は①及び②内容の記載が必要です。

①「都道府県コード」及び「点数表コード」
⇒ 別添の都道府県コード一覧及び点数表コード一覧を参照して記入してください。

②「保険医療機関等コード」
⇒ レセプトに記載する7桁の数字を記入してください。

③「保険医療機関等名称」

④「開設者氏名」

⑤「所在地」

⑥「電話番号」

⇒ 保険医療機関等の保険医療機関等名称、開設者氏名、所在地、電話番号を記入してください。

⑦「オンライン資格確認等事業完了報告書」

⇒ 保険医療機関等においてオンライン資格確認、薬剤情報閲覧、特定健診情報閲覧を行うためのシステム整備が整ったことを報告してください。

注1 本番運用前であっても必要なシステム整備が整っている場合は、補助金の交付申請が可能となります。

注2 薬剤情報閲覧まで導入する予定であるが、オンライン資格確認のシステム整備が整ったことにより、補助金申請される場合は、「記載例1」を参考に記載してください。ただし、再度の補助金申請はできませんのでご注意ください。

5 複数枚の領収書内訳書がある場合の補助金交付申請書記載例

領収書記載例

領収書

金額: ¥□□□□□□

株式会社 OO
〒012-3456
東京都 OO 区 OO12-3
OOビル3階
03-8888-7777

株式会社 △△
〒111-2222
東京都 △△ 区 △△3-2-1
△△ビル3階
03-1111-2222

A社(レセコン関係)

B社(ネットワーク関係)

領収書内訳書記載例

領収書内訳書

西暦 ○○○○年○月○日

都道府県コード ○○ 点検表コード ○○

開発事業者等名称 株式会社 ○○

所在地 ○○県○○市○○

電話番号 ○○-○○○○-○○○○

No	項目	内訳	①補助対象金額	②補助対象外金額
1	資格確認端末関係	資格確認端末 Windows10 IoT Enterprise LTSC 1台	○○○円	
2	資格確認端末関係	NIC 2枚 (院内ネットワーク用、オンライン請求ネットワーク用)	○○○円	
4	顔認証付きカードリーダー関係	汎用カードリーダー 1台 (顔認証付きカードリーダーの予備の為)	○○○円	
5	顔認証付きカードリーダー関係	顔認証付きカードリーダー 2台 (9,9万円×2台) (提供台数を超えた分を購入)	○○○円	
6	顔認証付きカードリーダー関係	再来受付機に顔認証機能を付加するための改修費	○○○円	
7	電子証明書関係	オンライン資格確認用電子証明書取得費	○○○円	
8	レセコン等の既存システムの改修に係るパッケージソフトの購入及び導入	オンライン資格確認用パッケージソフト購入費		
9	レセコン等の既存システムの改修に係るパッケージソフトの購入及び導入	標準的な機能改修以外のカスタマイズ費用		
10	レセコン等の既存システムの改修に係るパッケージソフトの購入及び導入	オンライン資格確認用バージョンアップ費用		
11	その他	薬価情報閲覧及び特定健診情報の閲覧のための電子カルテの改修費用		
12	その他	オンライン資格確認等の導入指導費		
13				
14				
15				
16				
17				
18				

小計 ㊦ ○○○○円 ㊧ ○○○○円

「①補助対象金額」
⇒複数枚の領収書内訳書がある場合は、
㊦と㊧の小計を合算してください。
㊦○○○○円(A社) + ㊧○○○○円(B社)
= 1,234,567円 ⇒ ㊦

㊦「比較額((①)×3/4)(②)」
⇒総事業費(①)に補助率(3/4)
を乗じた金額を記入してくだ
さい。
※ 補助率については、病院及び大
型チェーン薬局が(1/2)、診療所及び
大型チェーン薬局以外の薬局が
(3/4)となりますので、作成の際はご
注意ください。

㊧「②と③のうち低い方の額=補助
金申請額(④)」
⇒②で記入した金額と③の金額
を比較して低い金額を記入してく
ださい。

補助金交付申請書記載例

オンライン資格確認等関係補助金交付申請書
(診療所又は薬局用 (大型チェーン薬局※を除く。))

「保険医療機関等向け医療提供体制整備整備交付金実施要領」の「第2 交付対象事業」の1に規定される事業を実施したので、同実施要領の「第5 交付の条件」に規定される条件を理解した上で、同実施要領の「第6 申請手続き」の規定に基づき、下記のとおり補助金の交付を申請します。

㊦ 1,234,567円 = ㊦+㊧ 1,234,567円

【実施要領第2の1(2)該当】

○オンライン資格確認導入に伴う資格確認端末等関係補助金

実施要領第2の1(2)に係る総事業費(①)	比較額((①)×3/4)(②)	補助限度額(③)	②と③のうち低い方の額=補助金申請額(④)
㊦ 1,234,567 円	㊦ 925,925 円	㊦ 32.1万円	㊦ 321,000 円

記載例として示す金額です。実際の改修費とは異なります。

※補助金の申請をする際は、領収書等が必要です。
※記入した額や内容と領収書等が一致しない場合は、内容確認のため当該申請書を返戻することがあります。
※都道府県コード・点数表コードは別添の一覧をご参照ください。

※大型チェーン薬局とは、保険医療機関等向け医療提供体制整備整備交付金実施要領の「第4 大型チェーン薬局の処方箋の受付回数に係る取扱い」の規定に該当する保険薬局です。