

社会保険診療報酬支払基金理事長 あて

都道府県コード	<input type="text"/>	<input type="text"/>	点数表コード	<input type="text"/>
保険医療機関等コード	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
保険医療機関等名称				
開設者氏名				
所在地 〒				
電話番号				

オンライン資格確認等事業完了報告書

※ 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。