

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

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

オンライン資格確認等事業完了報告書

【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を導入する場合、オンライン資格確認利用申請及発行申請の完了が必要です。完了している場合はチェックを付してください。

- オンライン資格確認利用申請が完了しています。
- 電子証明書発行申請が完了しています。

※ 必須項目になりますので、申請前にチェックが付されていることを確認してください。

機関等向け医療提供業の準備が整ったこと

- 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）
- 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）
- ②を実施した場合は①及び②内容の記載が必要です。

⇒ 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されている場合は、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されたことにより、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。

しかしながら、補助金の申請は1回のみとなりますのでご注意ください。