

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				
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

1. 以下のシステム整備が完了している全ての項目にチェックを付してください。※

- 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。(必須)
- 上記のオンライン資格確認等システムを活用し、薬剤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。
- 上記のオンライン資格確認等システムを活用し、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項目にチェックを付してください。

- 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)

2. 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び電子証明書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。(必須)

- 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。