

別紙様式 4 (1)

西暦 年 月 日

医療機関・薬局名
開設者氏名

様

社会保険診療報酬支払基金理事長

顔認証付きカードリーダーの提供決定通知書

顔認証付きカードリーダーを、下記のとおり提供することと決定したので、通知します。

記

- 1 提供する顔認証付きカードリーダー
- 2 顔認証付きカードリーダーは、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5に掲げる事項を条件として提供するものです。
- 3 その他