

顔認証付きカードリーダーの申込手順書 〈申込内容を変更する〉

◆ 申込み確定後、申込内容を変更される場合は以下の手順で行ってください。

※ 申込内容の変更等は申込当月のみ可能です。

1. TOPページの「すでにアカウントをお持ちの方はログイン」よりログインしてください。

オンライン資格確認・医療情報化支援基金関係
医療機関等向けポータルサイト

音声読みあげ ぶりかな 表示色 A A A 文字サイズ 小 中 大

サイト内検索 Q キーワードを入力 検索

オンライン資格確認ってなに? アカウント登録される方 利用申請・補助申請される方 よくあるお問い合わせ 各種資料ダウンロード

オンライン資格確認利用・補助申請をするには、アカウント登録が必要です。

初めてご利用になる方 (アカウント登録)

オンライン資格確認利用・補助申請は、専用ページにてお手続きください。

すでにアカウントをお持ちの方はログイン

顔認証付きカードリーダー申込の受付を開始しました

オンライン資格確認・医療情報化支援基金関係
医療機関等向けポータルサイト

医療機関等向けポータルサイト

メールアドレス

パスワード

ログイン

[パスワードを忘れた方はこちら](#)

情報保護管理体制 関連サイト サイトのご利用にあたって

オンライン資格確認・医療情報化支援基金関係医療機関等向けポータルサイト
社会保険診療報酬支払基金 オンライン資格確認等システム開発準備室
電話番号：0800-8007121 (通話無料)

メールでのお問い合わせ

Copyright © Health Insurance Claims Review & Reimbursement services. All Rights Reserved.

顔認証付きカードリーダーの申込手順書 〈申込内容を変更する〉

2. ログイン後表示されるマイページの「顔認証付きカードリーダー申込」を押し、顔認証付きカードリーダーの申込画面を開きます。

オンライン資格確認・医療情報化支援基金関係
医療機関等向けポータルサイト

[ログアウト](#)

あなたの情報

[アカウント情報編集](#)

利用申請・補助申請

顔認証付きカードリーダー申込 [登録内容を確認する](#)

情報保護管理体制 関連サイト サイトのご利用にあたって

オンライン資格確認・医療情報化支援基金関係医療機関等向けポータルサイト
社会保険診療報酬支払基金 オンライン資格確認等システム開発準備室
電話番号：0800-8007121（通話無料）
✉ [メールでのお問い合わせ](#)

Copyright © Health Insurance Claims Review & Reimbursement services. All Rights Reserved.

オンライン資格確認・医療情報化支援基金関係
医療機関等向けポータルサイト

顔認証付きカードリーダー申込

申し込む顔認証付きカードリーダーの「メーカー名/製品名(型番)」、「台数」を選択して[確認画面へ進む]ボタンを押下してください。
※病院は合計3台まで、その他医療機関、保険薬局は1台のみとなります。
※申込を取り消す場合は、取り消す顔認証付きカードリーダーの「メーカー名/製品名(型番)」、「台数」の両方を「---」にして[確認画面へ進む]ボタンを押下してください。

オンライン資格確認導入(予定)時期 必須	※現時点での導入予定時期を入力してください。※年は半角数字4桁(西暦)、月は半角数字1桁又は2桁入力です。 2021 年 03 月
レセプトのオンライン請求について 必須	<input checked="" type="radio"/> 導入している <input type="radio"/> 未導入(導入予定あり) <input type="radio"/> 導入予定なし
未導入(導入予定あり)を選択された方のみ導入予定を入力してください	※年は半角数字4桁(西暦)、月は半角数字1桁又は2桁入力です。 年 月
電子カルテシステムの導入(保険薬局を除く)	<input checked="" type="radio"/> 導入している <input type="radio"/> 未導入(導入予定あり) <input type="radio"/> 導入予定なし
未導入(導入予定あり)を選択された方のみ導入予定を入力してください	※年は半角数字4桁(西暦)、月は半角数字1桁又は2桁入力です。 年 月
調剤システムの導入(保険薬局のみ)	<input type="radio"/> 導入している <input type="radio"/> 未導入(導入予定あり) <input checked="" type="radio"/> 導入予定なし
未導入(導入予定あり)を選択された方のみ導入予定を入力してください	※年は半角数字4桁(西暦)、月は半角数字1桁又は2桁入力です。 年 月

顔認証付きカードリーダー1

メーカー名/製品名(型番)

台数

※「医科の医療機関」と併設されている「歯科の医療機関(病院)」は1台のみ選択してください。

顔認証付きカードリーダー2

※別のメーカーを申し込む場合のみ入力・選択してください。

メーカー名/製品名(型番)

台数

顔認証付きカードリーダー3

※別のメーカーを申し込む場合のみ入力・選択してください。

メーカー名/製品名(型番)

台数

[この画面を開いた状態に戻す](#) [確認画面へ進む](#)

顔認証付きカードリーダーの申込手順書 〈申込内容を変更する〉

3. 申込をされている「メーカー名／製品名（型番）」及び「台数」をリストボックスから変更される「メーカー名／製品名（型番）」及び「台数」へ変更し、「確認画面へ進む」ボタンを押します。

※オンライン資格確認導入時期等のアンケート部分、配送先変更情報も変更可能です。

顔認証付きカードリーダー1

メーカー名／製品名(型番) 富士通マーケティング/Caora

台数 1

※「医科の医療機関」と併設されている「歯科の医療機関(病院)」は1台のみ選択してください。

顔認証付きカードリーダー2

メーカー名／製品名(型番) ---

台数 ---

※別のメーカーを申し込む場合のみ入力・選択してください。

顔認証付きカードリーダー3

メーカー名／製品名(型番) ---

台数 ---

この画面を開いた状態に戻す 確認画面へ進む

顔認証付きカードリーダーの申込手順書 〈申込内容を変更する〉

4. 確認画面で変更されている内容を確認してください。

[上記の内容で確定する]ボタンを押し、送信完了画面が表示されたら終了です。

※申込完了としてのメールが送信されますのでご了承ください。

調剤システムの導入(保険薬局のみ)	導入予定なし
顔認証付きカードリーダー1	
メーカー名/製品名(型番)	
台数	
顔認証付きカードリーダー2	
※別のメーカーを申し込む場合のみ入力・選択してください。	
メーカー名/製品名(型番)	
台数	
顔認証付きカードリーダー3	
※別のメーカーを申し込む場合のみ入力・選択してください。	
メーカー名/製品名(型番)	
台数	
入力画面に戻る	上記の内容で確定する

ポータルサイト画面

オンライン資格確認・医療情報化支援基金関係
医療機関等向けポータルサイト

■ 顔認証付きカードリーダー申込

送信が完了しました。
ありがとうございました。

この画面を閉じる場合はブラウザを閉じてください。

申込完了メール

情報保護管理体制 関連
オンライン資格確認・医療情報化支援基金関係
社会保険診療報酬支払基金 オンライン資格確認
電話番号：0800-8007121 (通話無料)
✉ メールでのお問い合わせ
Copyright © Health Insurance Claims Review

医療機関等向けポータルサイト <from@shinsei.iryohokenjyoho-portal.jp>
顔認証付きカードリーダー申込完了のお知らせ

◆
顔認証付きカードリーダー申込完了のご案内
◆

顔認証付きカードリーダーの申込ありがとうございます。

顔認証付きカードリーダーを申し込まただけでは、
オンライン資格確認は導入できません。
オンライン資格確認端末（PC）の購入、レセプトコンピュータの改修等が必要です。
レセプトコンピュータのシステムベンダ等と相談いただき、
導入に向けた準備をお願いします。

以下省略

顔認証付きカードリーダーの申込手順書 〈一度取消しをする〉

◆ 申込み確定後、申込内容を取り消しされる場合は以下の手順で行ってください。

1. TOPページの「すでにアカウントをお持ちの方はログイン」よりログインしてください。

オンライン資格確認・医療情報化支援基金関係
医療機関等向けポータルサイト

音声読みあげ ぶりがない 表示色 A A A 文字サイズ 小 中 大

サイト内検索 検索

オンライン資格確認ってなに? アカウント登録される方 利用申請・補助申請される方 よくあるお問い合わせ 各種資料ダウンロード

オンライン資格確認利用・補助申請をするには、アカウント登録が必要です。

初めてご利用になる方 (アカウント登録)

オンライン資格確認利用・補助申請は、専用ページにてお手続きください。

すでにアカウントをお持ちの方はログイン

顔認証付きカードリーダー申込の受付を開始しました

オンライン資格確認・医療情報化支援基金関係
医療機関等向けポータルサイト

医療機関等向けポータルサイト

メールアドレス

パスワード

ログイン

[パスワードを忘れた方はこちら](#)

情報保護管理体制 関連サイト サイトのご利用にあたって

オンライン資格確認・医療情報化支援基金関係医療機関等向けポータルサイト
社会保険診療報酬支払基金 オンライン資格確認等システム開発準備室
電話番号：0800-8007121 (通話無料)

✉ メールでのお問い合わせ

Copyright © Health Insurance Claims Review & Reimbursement services. All Rights Reserved.

顔認証付きカードリーダーの申込手順書 〈一度取消しをする〉

2. ログイン後表示されるマイページの「顔認証付きカードリーダー申込」を押し、顔認証付きカードリーダーの申込画面を開きます。

オンライン資格確認・医療情報化支援基金関係
医療機関等向けポータルサイト

[ログアウト](#)

あなたの情報

[アカウント情報編集](#)

利用申請・補助申請

顔認証付きカードリーダー申込 [登録内容を確認する](#)

情報保護管理体制 関連サイト サイトのご利用にあたって

オンライン資格確認・医療情報化支援基金関係医療機関等向けポータルサイト
社会保険診療報酬支払基金 オンライン資格確認等システム開発準備室
電話番号：0800-8007121（通話無料）
✉ [メールでのお問い合わせ](#)

Copyright © Health Insurance Claims Review & Reimbursement services. All Rights Reserved.

オンライン資格確認・医療情報化支援基金関係
医療機関等向けポータルサイト

顔認証付きカードリーダー申込

申し込み顔認証付きカードリーダーの「メーカー名/製品名（型番）」、「台数」を選択して[確認画面へ進む]ボタンを押下してください。
※病院は合計3台まで、その他医療機関、保険薬局は1台のみとなります。
※申込を取り消す場合は、取り消す顔認証付きカードリーダーの「メーカー名/製品名（型番）」、「台数」の両方を「---」にして[確認画面へ進む]ボタンを押下してください。

オンライン資格確認導入（予定）時期 必須	※現時点での導入予定時期を入力してください。※年は半角数字4桁（西暦）、月は半角数字1桁又は2桁入力です。 2021 年 03 月
レセプトのオンライン請求について 必須	<input checked="" type="radio"/> 導入している <input type="radio"/> 未導入（導入予定あり） <input type="radio"/> 導入予定なし
未導入（導入予定あり）を選択された方のみ導入予定を入力してください	※年は半角数字4桁（西暦）、月は半角数字1桁又は2桁入力です。 年 月
電子カルテシステムの導入（保険薬局を除く）	<input checked="" type="radio"/> 導入している <input type="radio"/> 未導入（導入予定あり） <input type="radio"/> 導入予定なし
未導入（導入予定あり）を選択された方のみ導入予定を入力してください	※年は半角数字4桁（西暦）、月は半角数字1桁又は2桁入力です。 年 月
調剤システムの導入（保険薬局のみ）	<input type="radio"/> 導入している <input type="radio"/> 未導入（導入予定あり） <input checked="" type="radio"/> 導入予定なし
未導入（導入予定あり）を選択された方のみ導入予定を入力してください	※年は半角数字4桁（西暦）、月は半角数字1桁又は2桁入力です。 年 月

顔認証付きカードリーダー1

メーカー名/製品名（型番）

台数

※「医科の医療機関」と併設されている「歯科の医療機関（病院）」は1台のみ選択してください。

顔認証付きカードリーダー2

※別のメーカーを申し込みの場合のみ入力・選択してください。

メーカー名/製品名（型番）

台数

顔認証付きカードリーダー3

※別のメーカーを申し込みの場合のみ入力・選択してください。

メーカー名/製品名（型番）

台数

[マイページに戻る](#) [この画面を開いた状態に戻す](#) [確認画面へ進む](#) [申し込みを取り消す](#)

顔認証付きカードリーダーの申込手順書 〈一度取消しをする〉

3. 申込画面の最下部にある「申し込みを取り消す」ボタンを押し、「OK」を押します。

変更送付先住所 必須	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="button" value="郵便番号から住所検索"/> 都道府県: <input type="text"/> <input type="button" value="▼"/> 住所(市区町村、番地) <input type="text"/> 住所(ビル、マンション名) <input type="text"/>
変更送付先名称 必須	変更送付先の名称(あて名)を入力してください <input type="text"/>
変更送付先電話番号 必須	すべて半角で「数字-数字-数字」の形式で入力してください。 <input type="text"/>
変更送付先担当者名 必須	<input type="text"/>


shinsei.iryohokenjyoho-portalsite.jp の内容

選択・入力いただいた内容を破棄し、申し込みを取り消しますがよろしいですか？

顔認証付きカードリーダーの申込手順書 〈一度取消しをする〉

4. 取消し完了の画面が表示されます。

オンライン資格確認・医療情報化支援基金関係
医療機関等向けポータルサイト


 **顔認証付きカードリーダー申込**

送信が完了しました。
ありがとうございました。

この画面を閉じる場合はブラウザを閉じてください。

情報保護管理体制 関連サイト サイトのご利用にあたって

オンライン資格確認・医療情報化支援基金関係医療機関等向けポータルサイト
社会保険診療報酬支払基金 オンライン資格確認等システム開発準備室
電話番号：0800-8007121（通話無料）

 [メールでのお問い合わせ](#)

Copyright © Health Insurance Claims Review & Reimbursement services. All Rights Reserved.