

## 「別紙特例様式」記載例一覧

- 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附則に定める特例補助を申請される場合の記載例です。

- オンライン資格確認等関係補助金交付申請書

- (1) 補助金交付申請書記載例（カードリーダーを1台申請した病院用）
- (2) 補助金交付申請書記載例（診療所又は薬局用（大型チェーン薬局を除く））

※ 一例として「カードリーダーを1台申請した病院用」及び「診療所又は薬局用（大型チェーン薬局を除く）」の記載例としています。

「カードリーダーを2台申請した病院用」、「カードリーダーを3台申請した病院用」及び「大型チェーン薬局用」についても記載方法は同様です。

2(1) 補助金交付申請書記載例  
(カードリーダーを“1台”申請した病院用)

西暦 ○○○○ 年 ○ 月 ○ 日

社会保険診療報酬支払基金理事長 あて

【申請者】

①	都道府県コード	○ ○	点数表コード	○
②	保険医療機関コード	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		
③	保険医療機関名称	○○病院		
④	開設者氏名	○○○○		
⑤	所在地	〒○○○-○○○ ○○県○○市○○		
⑥	電話番号	○○-○○○○-○○○○		

オンライン資格確認等関係補助金交付申請書  
(顔認証付きカードリーダーを1台申請した病院用)

「医療提供体制整備整備交付金実施要領」の「第2 交付対象事業」の1に規定される事業を実施したので、同実施要領の「第5 事業を実施する場合の条件」の1及び2に規定される条件を理解した上で、同実施要領の「第7 申請手続き」及び附則「第1 特例補助」の1の規定に基づき、下記のとおり補助金の交付を申請します。

記

【実施要領第2の1(2)該当】

◎実施要領附則に定める申請をする場合

顔認証付きカードリーダー提供申請日	実施要領第2の1(2)に係る総事業費(①)	補助限度額(②)	①と②のうち低い方の額
⑦ 令和3年3月15日	⑧ 4,000,000 円	210.1万円	⑨ 2,101,000 円

記載例として示す金額です。実際の改修費とは異なります

※千円未満切り捨て  
※税込金額を記載

\* 補助金の申請をする際は、領収書等が必要です。  
\* 記入した額や内容と領収書等が一致しない場合は、内容確認のため当該申請書を返戻することがあります。  
\* 都道府県コード・点数表コードは別添の一覧をご参照ください。

①「都道府県コード」及び「点数表コード」  
⇒ 別添の都道府県コード一覧及び点数表コード一覧を参照して記入してください。

②「保険医療機関コード」  
⇒ レセプトに記載する7桁の数字を記入してください。

③「保険医療機関名称」

④「開設者氏名」

⑤「所在地」

⑥「電話番号」

⇒ 保険医療機関の保険医療機関名称、開設者氏名、所在地、電話番号を記入してください。

⑦「顔認証付きカードリーダー提供申請日」

⇒ 支払基金に顔認証付きカードリーダー提供申請した日付を記入してください。

⑧「実施要領第2の1(2)に係る総事業費(①)」

⇒ オンライン資格確認導入に関する費用を記入してください。この費用はオンライン資格確認とは関係のない改修費用が補助金の対象外となるため領収書内訳書の①補助対象金額の小計の金額を記入してください。ただし、領収書内訳書が複数枚ある場合は①補助対象金額の小計を合計した金額を記入してください。

⑨「①と②のうち低い方の額」

⇒ ①で記入した金額と②の金額を比較し低い金額を記入してください。

2(5) 補助金交付申請書記載例  
(診療所又は薬局用(大型チェーン薬局を除く))

西暦 ○○○○ 年 ○ 月 ○ 日

社会保険診療報酬支払基金理事長 あて

【申請者】

①	都道府県コード	○ ○	点数表コード	○
②	保険医療機関等コード	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		
③	保険医療機関等名称	○○診療所		
④	開設者氏名	○○○○		
⑤	所在地	〒○○○-○○○		
		○○県○○市○○		
⑥	電話番号	○○-○○○○-○○○○		

オンライン資格確認等関係補助金交付申請書  
(診療所又は薬局用(大型チェーン薬局\*を除く。))

「医療提供体制整備整備交付金実施要領」の「第2 交付対象事業」の1に規定される事業を実施したので、同実施要領の「第5 事業を実施する場合の条件」の1及び2に規定される条件を理解した上で、同実施要領の「第7 申請手続き」及び附則「第1 特例補助」の1の規定に基づき、下記のとおり補助金の交付を申請します。

記

【実施要領第2の1(2)該当】

◎実施要領附則に定める申請をする場合

顔認証付きカードリーダー提供申請日	実施要領第2の1(2)に係る総事業費(①)	補助限度額(②)	①と②のうち低い方の額
⑦ 令和3年3月15日	⑧ 350,000 円	42.9万円	⑨ 350,000 円

記載例として示す金額です。実際の改修費とは異なります。

※千円未満切り捨て  
※税込金額を記載

\*補助金の申請をする際は、領収書等が必要です。  
\*記入した額や内容と領収書等が一致しない場合は、内容確認のため当該申請書を返戻することがあります。  
\*都道府県コード・点数表コードは別添の一覧をご参照ください。

※大型チェーン薬局とは、保険医療機関等向け医療提供体制整備整備交付金実施要領の「第4 大型チェーン薬局の処方箋の受付回数に係る取扱い」の規定に該当する保険薬局です。

①「都道府県コード」及び「点数表コード」  
⇒ 別添の都道府県コード一覧及び点数表コード一覧を参照して記入してください。

②「保険医療機関等コード」  
⇒ レセプトに記載する7桁の数字を記入してください。

③「保険医療機関等名称」

④「開設者氏名」

⑤「所在地」

⑥「電話番号」

⇒ 保険医療機関等の保険医療機関等名称、開設者氏名、所在地、電話番号を記入してください。

⑦「顔認証付きカードリーダー提供申請日」

⇒ 支払基金に顔認証付きカードリーダー提供申請した日付を記入してください。

⑧「実施要領第2の1(2)に係る総事業費(①)」

⇒ オンライン資格確認導入に関する費用を記入してください。この費用はオンライン資格確認とは関係のない改修費用が補助金の対象外となるため領収書内訳書の①補助対象金額の小計の金額を記入してください。ただし、領収書内訳書が複数枚ある場合は①補助対象金額の小計を合計した金額を記入してください。

⑨「①と②のうち低い方の額」

⇒ ①で記入した金額と②の金額を比較し低い金額を記入してください。