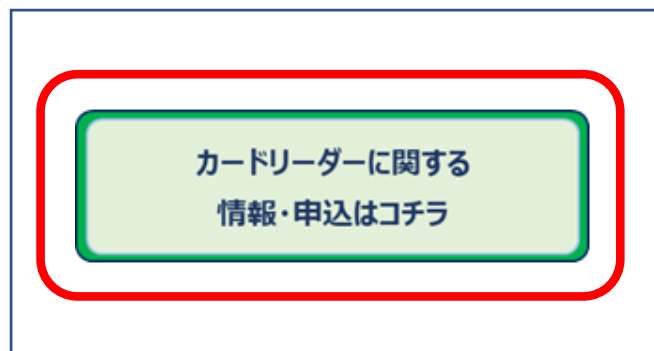


# 顔認証付きカードリーダーの申込手順書

医療機関等向けポータルサイトの顔認証付きカードリーダーカタログページ内の「カードリーダーの申込み画面へ」又は、TOPページの利用申請・補助申請される方の「1.顔認証付きカードリーダー申し込み」ボタンから申し込みを行います。



## ※ご注意ください

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、導入の検討をお願いします。

また、顔認証付きカードリーダーの提供を受けたにもかかわらず結果として、オンライン資格確認を導入しなかった場合、顔認証付きカードリーダーの費用相当額を返還いただくこととなりますのでご承知の上、お申し込みいただきますよう、お願いします。

# 顔認証付きカードリーダーの申込手順書

ログインをされていない場合、顔認証付きカードリーダーの申込み画面の前にログイン画面が開きます。  
※すでにログインされている場合は、「顔認証付きカードリーダー申込」画面へ移行します。

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

メールアドレス	<input type="text"/>
パスワード	<input type="password"/>

[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

## 1.「顔認証付きカードリーダーの申込み」ボタンを押すと、申込画面が開きます。

### 「アンケート部分」(画面上部)

顔認証付きカードリーダーの提供は、オンライン資格確認が前提となるため、オンライン資格確認導入時期等をお伺いしています。「必須」以外の項目は差し支えない範囲でお答えください。

### 「カードリーダー申込み部分」(画面中部)

メーカー名/製品名(型番)、台数を選択します。

### 「配送先変更部分」(画面下部)

顔認証付きカードリーダーの配送先を変更される場合のみ入力します。

※通常は支払基金に届出をされた医療機関所在地へ配送いたします。

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

申込みカードリーダーに台数を入力して[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、薬局は1台のみとなります。  
※申込みを取り消す場合は、台数欄をすべて「-」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 年 月 ※現時点での導入予定時期を入力してください。

しそでのオンライン請求について  導入している  未導入(導入予定あり)  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 月

電子カルテシステムの導入(保険業務を扱う)  導入している  未導入(導入予定あり)  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 月

調剤システムの導入(保険業務のみ)  導入している  未導入(導入予定あり)  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 月

#### 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]と選択されている「医科の医療機関(施設)」は1台のみ選択してください。

#### 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

#### 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

※カードリーダーは医療機関・薬局の住所にお届けしますが、特に送付先変更をご希望の場合は、下欄に入力ください。(医療機関・薬局の住所にお届けの場合は入力不要です。)

カードリーダーの送付先変更  変更する

送付先住所  郵便番号  住所(市区町村、番地)   
建物名(フリガナ)

変更送付先名称  変更送付先の名称(英で)を入力してください。

変更送付先電話番号  〒で半角で数字・半角・数字の形式で入力してください。

変更送付先姓名称

情報管理選管理体制 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

## 2. アンケート部分（画面上部）

登録ユーザー様の現在の状況を把握するため、アンケートにご協力ください。

オンライン資格確認導入  
（予定）時期「必須」  
※入力いただいた年月までに必ず  
導入しなければならないわけでは  
ありません。  
現在の予定を入力してください。

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

顔認証付きカードリーダー申込

申込みカードリーダーに個数を入力して[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、薬局は1台のみとなります。  
※申込みを取り消す場合は、個数欄をすべて「---」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 <b>必須</b>	※現時点での導入予定時期を入力してください。 年 月
レセプトのオンライン請求について <b>必須</b>	<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 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 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 月

レセプトのオンライン請求について  
導入、未導入の回答によって、  
オンライン資格の導入に影響する  
ものではありません。現在の状況  
を教えてください。

調剤システムの導入  
（保険薬局のみ）  
現在の状況を教えてください。  
導入予定年月  
導入を予定されている場合は年  
月を入力してください。

電子カルテシステムの導入  
（保険薬局を除く）  
現在の状況を教えてください。  
導入予定年月  
導入を予定されている場合は年  
月を入力してください。

※年月の入力  
年は半角数字4桁（西暦）、  
月は半角数字1桁又は2桁で入力してく  
ださい。

※入力に誤りがあった場合は、  
「確認画面へ進む」ボタン押下時にメッセ  
ージが表示されますので、訂正してください。

# 顔認証付きカードリーダーの申込手順書

## 3. カードリーダー申し込み部分（画面中部）

メーカー名／製品名（型番）と、台数をプルダウンより選んでください。

カードリーダー1	
メーカー名／製品名（型番）	<input type="text" value="--"/>
台数	<input type="text" value="--"/> ※「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。
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）	<input type="text" value="--"/>
台数	<input type="text" value="--"/>
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）	<input type="text" value="--"/>
台数	<input type="text" value="--"/>

リストから希望されるメーカーを選択してください。

3台申し込む場合（病院）で異なるメーカーを希望される場合は、カードリーダー2、カードリーダー3から選択してください。

リストから台数（1～3台）を選択してください。

申請可能上限台数  
病院：3台  
診療所、薬局：1台  
※医科と併設している歯科の病院は1台です。  
(2020.8.6厚労省Q&A)

# 顔認証付きカードリーダーの申込手順書

## 4. 配送先を変更される場合（画面下部）

顔認証付きカードリーダーの送付先は、支払基金に届出された「医療機関所在地」へ送付しますが、特に送付先の変更を希望される方は、送付先変更情報の入力をお願いします。 ※変更を希望される場合のみ入力してください。

「カードリーダーの送付先変更」変更するにチェックを入れてください。

「変更送付先名称」を入力してください。  
(会社名)

「変更送付先担当者名」を入力してください。  
(担当者名)

※カードリーダーは医療機関・薬局の住所にお届けしますが、特に送付先変更をご希望の場合、下欄に入力ください。（医療機関・薬局の住所にお届けの場合は入力不要です。）

カードリーダーの送付先変更	<input type="checkbox"/> 変更する
変更送付先住所	<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	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	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	<input type="text"/>

「郵便番号」半角数字 3桁及び 4桁を入力  
入力後【郵便番号から住所検索】を押し、  
住所（ビル、マンション名）を入力してください。

「変更送付先電話番号」を入力してください。  
(半角で数字ハイフン数字ハイフン数字)

※入力された住所に顔認証付きカードリーダーを送付します。入力誤りには十分お気を付けください。

# 顔認証付きカードリーダーの申込手順書

## 5. 入力後の確認

必要項目に入力が終わりましたら「確認画面へ進む」ボタンを押します。

入力項目に誤りがない場合は、確認画面が表示されます。

入力項目に誤りがあった場合は、確認画面へ進まず、画面上部に

「▲エラーが発生しました。入力フォームのエラー箇所をチェックしてください。」と表示されます。

誤りのある項目に表示されているエラー内容を確認し、訂正をしてください。

※「この画面を開いた状態に戻す」ボタンを押すと、入力情報がクリアされます。

	<input type="text"/>
変更送付先名称	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	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	<input type="text"/>

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

6. 申込み確定後、以下の画面が表示され、登録メールアドレス宛てに申込み完了メールを送られます。  
申込み後、配送予定日が決定し次第改めてメールにてお知らせをいたします。

## 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。


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.

## 申込完了メール

 医療機関等向けポータルサイト <from@shinsei.iryohokenjyoho-portalsite.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