

## 各種申請書等記載例一覧

- 1 オンライン資格確認等顔認証付きカードリーダー提供申請書
  - (1) カードリーダー提供申請書記載例（病院用）
  - (2) カードリーダー提供申請書記載例（診療所・薬局用）
  
- 2 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（カードリーダーを2台申請した病院用）
  - (3) 補助金交付申請書記載例（カードリーダーを3台申請した病院用）
  - (4) 補助金交付申請書記載例（大型チェーン薬局用）
  - (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））
  
- 3 領収書内訳書（オンライン資格確認に係るシステム改修の内訳を示す書類記載例）

※ 領収書内訳書はレセプトコンピューターのシステムベンダ等に作成を依頼してください。
  
- 4 オンライン資格確認等事業完了報告書  
（オンライン資格確認等の事業整備の完了を報告する書類記載例）
  
- 5 複数枚の領収書内訳書がある場合の補助金交付申請書記載例

1(1) カードリーダー提供申請書記載例  
(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 ○○-○○○○-○○○○

- 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。

オンライン資格確認等顔認証付きカードリーダー提供申請書(病院用)

「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」の2に規定される顔認証付きカードリーダーについて、同実施要領の「第5 交付の条件」に規定される条件を理解した上で、同実施要領の「第6 申請手続き」の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

⑦ 1 顔認証付きカードリーダー (必須)

メーカー名	製品名(型番)	台数
A社	○○○○	2
メーカー名	製品名(型番)	台数
B社	○○○○	1
メーカー名	製品名(型番)	台数

- ⑦「1 顔認証付きカードリーダー (必須)」  
⇒ ポータルサイトの「顔認証付きカードリーダーカタログ」画面から希望される製品のメーカー名、製品名(型番)、台数を記入してください。(3台まで申請できます。)

⑧ 2 オンライン資格確認導入(予定)時期 (必須)

西暦 ○○○○ 年 ○ 月 導入予定

- ⑧「2 オンライン資格確認導入(予定)時期(必須)」  
⇒ オンライン資格確認の導入予定年月を西暦で記入してください。

⑨ 3 レセプトのオンライン請求について (必須)

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

西暦 ○○○○ 年 ○ 月 導入予定

- ⑨「3 レセプトのオンライン請求について(必須)」
- ⑩「4 電子カルテシステムの導入」  
⇒ 該当に✓を記入してください。未導入(導入予定あり)を選択された方のみオンライン請求、電子カルテシステムを導入される予定年月を西暦で記入してください。

⑩ 4 電子カルテシステムの導入

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

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 導入予定

\*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(2) カードリーダー提供申請書記載例  
(診療所・薬局用)

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 ○○-○○○○-○○○○

- 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。

オンライン資格確認等顔認証付きカードリーダー提供申請書(診療所・薬局用)

「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」の2に規定される顔認証付きカードリーダーについて、同実施要領の「第5 交付の条件」に規定される条件を理解した上で、同実施要領の「第6 申請手続き」の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

⑦ 1 顔認証付きカードリーダー (必須)

メーカー名	製品名(型番)
A社	○○○○

⑧ 2 オンライン資格確認導入(予定)時期 (必須)

西暦 ○○○○ 年 ○ 月 導入予定

⑨ 3 レセプトのオンライン請求について (必須)

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

西暦 ○○○○ 年 ○ 月 導入予定

⑩ 4 電子カルテシステムの導入 (保険薬局を除く)

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

西暦 ○○○○ 年 ○ 月 導入予定

診療所の方のみ記入をお願いします。

⑪ 5 調剤システムの導入 (保険薬局)

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

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 導入予定

保険薬局の方のみ記入をお願いします。

\*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。

- ⑦「1 顔認証付きカードリーダー (必須)」  
⇒ ポータルサイトの「顔認証付きカードリーダーカタログ」画面から希望される製品のメーカー名、製品名(型番)を記入してください。

- ⑧「2 オンライン資格確認導入 (予定)時期 (必須)」  
⇒ オンライン資格確認の導入予定年月を西暦で記入してください。

- ⑨「3 レセプトのオンライン請求について(必須)」
- ⑩「4 電子カルテシステムの導入 (保険薬局を除く)」
- ⑪「5 調剤システムの導入(保険薬局)」  
⇒ 該当に✓を記入してください。未導入(導入予定あり)を選択された方のみオンライン請求、電子カルテシステム、調剤システムを導入される予定年月を西暦で記入してください。

**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	○○-○○○○-○○○○		

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。

**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)**

「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」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 交付の条件」に規定される条件を理解した上で、同実施要領の「第6 申請手続き」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】**

◎オンライン資格確認導入に伴う資格確認端末等関係補助金

実施要領第2の1(2)に係る総事業費(①)	比較額((①)×1/2)(②)	補助限度額(③)	②と③のうち低い方の額 = 補助金申請額(④)
⑦ 2,000,000 円	⑧ 1,000,000 円	105万円	⑨ 1,000,000 円

※一円未満切り捨て

※千円未満切り捨て

※税込金額を記載

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

\* 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。

⑦「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。

⑧「比較額((①)×1/2)(②)」

⇒ 総事業費(①)に補助率(1/2)を乗じた金額を記入してください。

⑨「②と③のうち低い方の額 = 補助金申請額(④)」

⇒ ②で記入した金額と③の金額を比較し低い金額を記入してください。

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

「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」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 交付の条件」に規定される条件を理解した上で、同実施要領の「第6 申請手続き」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】

◎オンライン資格確認導入に伴う資格確認端末等関係補助金

実施要領第2の1(2)に係る総事業費(①)	比較額((①)×1/2)(②)	補助限度額(③)	②と③のうち低い方の額=補助金申請額(④)
⑦ 2,000,000 円	⑧ 1,000,000 円	100.1万円	⑨ 1,000,000 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

※一円未満切り捨て

※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「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。

⑧「比較額((①)×1/2)(②)」

⇒ 総事業費(①)に補助率(1/2)を乗じた金額を記入してください。

⑨「②と③のうち低い方の額=補助金申請額(④)」

⇒ ②で記入した金額と③の金額を比較し低い金額を記入してください。

**2(3) 補助金交付申請書記載例  
(カードリーダーを“3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	○○-○○○○-○○○○		

- 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。

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3台申請した病院用)

「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」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 交付の条件」に規定される条件を理解した上で、同実施要領の「第6 申請手続き」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

- ⑦「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。

**【実施要領第2の1(2)該当】**

◎オンライン資格確認導入に伴う資格確認端末等関係補助金

実施要領第2の1(2)に係る総事業費(①)	比較額((①)×1/2)(②)	補助限度額(③)	②と③のうち低い方の額=補助金申請額(④)
⑦ 2,000,000 円	⑧ 1,000,000 円	95.1万円	⑨ 951,000 円

※一円未満切り捨て

※千円未満切り捨て  
※税込金額を記載

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

- ⑧「比較額((①)×1/2)(②)」  
⇒ 総事業費(①)に補助率(1/2)を乗じた金額を記入してください。

\* 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。

- ⑨「②と③のうち低い方の額=補助金申請額(④)」  
⇒ ②で記入した金額と③の金額を比較し低い金額を記入してください。

2(4) 補助金交付申請書記載例  
(大型チェーン薬局用)

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	4
② 保険薬局コード	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		
③ 保険薬局名称	○○調剤薬局		
④ 開設者氏名	○○○○		
⑤ 所在地	〒○○○-○○○ ○○県○○市○○		
⑥ 電話番号	○○-○○○○-○○○○		

- ①「都道府県コード」  
⇒ 別添の都道府県コード一覧を参照して記入してください。
- ②「保険薬局コード」  
⇒ レセプトに記載する7桁の数字を記入してください。
- ③「保険薬局名称」
- ④「開設者氏名」
- ⑤「所在地」
- ⑥「電話番号」  
⇒ 保険薬局の保険薬局名称、開設者氏名、所在地、電話番号を記入してください。

オンライン資格確認等関係補助金交付申請書  
(大型チェーン薬局<sup>※</sup>用)

「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 交付の条件」に規定される条件を理解した上で、同実施要領の「第6 申請手続き」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】

◎オンライン資格確認導入に伴う資格確認端末等関係補助金

実施要領第2の1(2)に係る総事業費(①)	比較額((①)×1/2)(②)	補助限度額(③)	②と③のうち低い方の額=補助金申請額(④)
⑦ 400,000 円	⑧ 200,000 円	21.4万円	⑨ 200,000 円

※一円未満切り捨て

※千円未満切り捨て  
※税込金額を記載

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

- \* 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。

- ⑦「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。

- ⑧「比較額((①)×1/2)(②)」  
⇒ 総事業費(①)に補助率(1/2)を乗じた金額を記入してください。

- ⑨「②と③のうち低い方の額=補助金申請額(④)」  
⇒ ②で記入した金額と③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。))

「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 交付の条件」に規定される条件を理解した上で、同実施要領の「第6 申請手続き」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】**

◎オンライン資格確認導入に伴う資格確認端末等関係補助金

実施要領第2の1(2)に係る総事業費(①)	比較額((①)×3/4) (②)	補助限度額(③)	②と③のうち低い方の額 = 補助金申請額(④)
⑦ 400,000 円	⑧ 300,000 円	32.1万円	⑨ 300,000 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「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。

⑧「比較額((①)×3/4) (②)」

⇒総事業費(①)に補助率(3/4)を乗じた金額を記入してください。

⑨「②と③のうち低い方の額=補助金申請額(④)」

⇒②で記入した金額と③の金額を比較し低い金額を記入してください。

### 3 領収書内訳書記載例

## 領収書内訳書

西暦 ○○○○年 ○月 ○日

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

④ 総額 (①+②)

⑤ 開発事業者等名称

所在地

電話番号

No	⑥ 項目	⑦ 内訳	⑧ ①補助対象金額	⑨ ②補助対象外金額
1	資格確認端末関係	資格確認端末 Windows10 IoT Enterprise LTSC 1台	○○○円	
2	資格確認端末関係	N I C 2枚 (院内ネットワーク用、オンライン請求ネットワーク用)	○○○円	
4	顔認証付きカードリーダー関係	汎用カードリーダー 1台 (顔認証付きカードリーダーの予備の為)	○○○円	
5	顔認証付きカードリーダー関係	顔認証付きカードリーダー 2台 (9.9万円×2台) (提供台数を越えた分を購入)	○○○円	
6	顔認証付きカードリーダー関係	再来受付機に顔認証機能を付加するための改修費	○○○円	
7	ネットワーク設定作業等	院内ネットワーク設定の作業人件費	○○○円	
8	ネットワーク設定作業等	オンライン請求回線の帯域増強に係る経費	○○○円	
9	院内のネットワーク関連機器	L A Nケーブル 1本 (レセプトコンピューターとの連携の為)	○○○円	
10	電子証明書関係	オンライン資格確認用電子証明書取得費	○○○円	
11	レセコン等の既存システムの改修に係るパッケージソフトの購入及び導入	オンライン資格確認用パッケージソフト購入費	○○○円	
12	レセコン等の既存システムの改修に係るパッケージソフトの購入及び導入	標準的な機能改善以外のカスタマイズ費用		○○○円
13	レセコン等の既存システムの改修に係るパッケージソフトの購入及び導入	オンライン資格確認用バージョンアップ費用	○○○円	
14	その他	薬剤情報閲覧及び特定健診情報の閲覧のための電子カルテの改修費用	○○○円	
15	その他	オンライン資格確認等の導入指導費	○○○円	
小計			⑩ ① ○○○円	⑪ ② ○○○円

※ 1枚で記載できない場合は、続紙として当該用紙を使用してください。

⑫ ○/△

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」  
⇒ 保険医療機関等の名称を記入してください。

④「総額(①+②)」  
⇒ 小計欄の①補助対象金額と②補助対象外金額を加えた金額を記入してください。

⑤「開発事業者等名称」・「所在地」・「電話番号」  
⇒ 領収書を発行した開発事業者等の名称・所在地・電話番号を記入してください。

⑥「項目」  
⇒ 「医療提供体制設備整備交付金実施要領」に関するQ&Aの問9の(答)の詳細の表の項目を参照して記入してください。

⑦「内訳」  
⇒ 「医療提供体制設備整備交付金実施要領」に関するQ&Aの問9の(答)の詳細の表の内訳を参照して記入してください。

⑧「①補助対象金額」  
⇒ 記入する内訳が補助対象である場合はその金額を記入してください。

⑨「②補助対象外金額」  
⇒ 記入する内訳が補助対象外である場合はその金額を記入してください。

⑩「補助対象金額小計」  
⇒ 「①補助対象金額」欄の合計を記入してください。(続紙がある場合は、続紙分も含めて1枚目の小計欄に記入してください。)

⑪「補助対象外金額小計」  
⇒ 「②補助対象外金額」欄の合計を記入してください。(続紙がある場合は、続紙分も含めて1枚目の小計欄に記入してください。)

⑫領収書内訳書が複数枚の場合、○(枚目)/△(総枚数)を記載願います。

注1 領収書内訳書は、レセプトコンピューターのシステムベンダ等ごとに作成してください。

なお、作成に当たっては、システムベンダ等に記載を依頼してください。

注2 「医療提供体制設備整備交付金実施要領」に関するQ&Aの問9の詳細を参照して記入してください。

## 4 事業完了報告書記載例

西暦 ○○○○ 年 ○ 月 ○ 日

社会保険診療報酬支払基金理事長 あて

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	○○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事業完了報告書

⑦

#### 【記載例1】 【オンライン資格確認の導入準備が完了した場合】

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。

#### 【記載例2】 【オンライン資格確認の導入準備が完了した場合と薬剤情報及び特定健診情報を閲覧する環境が整った場合】

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、薬剤情報及び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ことを記入してください。

- 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）
- ③ ②を実施した場合は①及び②内容の記載が必要です。

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「オンライン資格確認等事業完了報告書」

⇒ 保険医療機関等においてオンライン資格確認、薬剤情報閲覧、特定健診情報閲覧を行うためのシステム整備が整ったことを報告してください。

注1 本番運用前であっても必要なシステム整備が整っている場合は、補助金の交付申請が可能となります。

注2 薬剤情報閲覧まで導入する予定であるが、オンライン資格確認のシステム整備が整ったことにより、補助金申請される場合は、「記載例1」を参考に記載してください。ただし、再度の補助金申請はできませんのでご注意ください。

## 5 複数枚の領収書内訳書がある場合の補助金交付申請書記載例

**領収書記載例**

領収書

金額: ¥□□□□□□

株式会社 OO  
〒012-3456  
東京都○○区 OO12-3  
○○ビル3階  
03-8888-7777

見本 A社

領収書

金額: ¥□□□□□□

株式会社 △△  
〒111-2222  
東京都△△区 △△3-2-1  
△△ビル3階  
03-1111-2222

見本 B社

A社(レセコン関係)

B社(ネットワーク関係)

  

**領収書内訳書記載例**

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 ○○病院

総額 (①+②) ① □□□□□□円

領収書内訳書

西暦 ○○○○年○月○日

開発事業者等名称 株式会社 ○○

所在地 ○○県○○市○○

電話番号 ○○-○○○○-○○○○

月○日

○

○

○

○

対象外金額

No	項目	内訳	①補助対象金額	②補助対象外金額
1	資格確認端末関係	資格確認端末 Windows10 IoT Enterprise LTSC 1台	○○○円	
2	資格確認端末関係	N I C 2枚 (院内ネットワーク用、オンライン請求ネットワーク用)	○○○円	
4	顔認証付きカードリーダー関係	汎用カードリーダー 1台 (顔認証付きカードリーダーの予備の為)	○○○円	
6	顔認証付きカードリーダー関係	顔認証付きカードリーダー 2台 (9,9万円×2台) (提供枚数を超過した分を購入)	○○○円	
8	顔認証付きカードリーダー関係	再来受付機に顔認証機能を付加するための改修費	○○○円	
7	電子証明書関係	オンライン資格確認用電子証明書取得費	○○○円	
8	レセコン等の既存システムの改修に係るパッケージソフトの購入及び導入	オンライン資格確認用パッケージソフト購入費		
9	レセコン等の既存システムの改修に係るパッケージソフトの購入及び導入	標準的な機能改修以外のカスタマイズ費用		
10	レセコン等の既存システムの改修に係るパッケージソフトの購入及び導入	オンライン資格確認用バージョンアップ費用		
11	その他	薬価情報閲覧及び特定健診情報の閲覧のための電子カルテの改修費用		
12	その他	オンライン資格確認等の導入指導費		
13				
14				
15				
16				
17				
18				
小計			㊦ □□□□□□円	② □□□□□□円

※ 1枚で記載できない場合は、続紙として当該用紙を使用してください。

「①補助対象金額」  
⇒複数枚の領収書内訳書がある場合は、  
㊦と㊧の小計を合算してください。  
㊦○○○○円(A社) + ㊧○○○○円(B社)  
= 1,234,567円 ⇒ ㊦

**補助金交付申請書記載例**

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。))

「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 交付の条件」に規定される条件を理解した上で、同実施要領の「第6 申請手続き」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。

㊦ 1,234,567円 = ㊦+㊧ 1,234,567円

【実施要領第2の1(2)該当】

○オンライン資格確認導入に伴う資格確認端末等関係補助金

実施要領第2の1(2)に係る総事業費(㊦)	比較額((㊦)×3/4)(㊧)	補助限度額(㊨)	②と③のうち低い方の額=補助金申請額(㊩)
㊦ 1,234,567円	㊧ 925,925円	32.1万円	㊩ 321,000円

※一円未満切り捨て ※千円未満切り捨て ※税込金額を記載

**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。**

※補助金の申請をする際は、領収書等が必要です。  
※記入した額と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。

㊦ 「比較額((㊦)×3/4)(㊧)」  
⇒総事業費(㊦)に補助率(3/4)  
を乗じた金額を記入してく  
ださい。

※ 補助率については、病院及び大  
型チェーン薬局が(1/2)、診療所及び  
大型チェーン薬局以外の薬局が  
(3/4)となりますので、作成の際はご  
注意ください。

㊩ 「②と③のうち低い方の額=補助  
金申請額(㊩)」  
⇒②で記入した金額と③の金額  
を比較して低い金額を記入してく  
ださい。