

## 「オンライン資格確認」導入意向調査に関する協力をお願い

### 【対象】

本調査は令和3年3月31日までに顔認証付きカードリーダーをお申込にならない医療機関・薬局を対象としています。

### 【目的】

令和3年3月末までに顔認証付きカードリーダーを申込みいただくと、補助上限額まで全額補助することとしていますが、お申込にならない理由等を調査させていただくことで、今後の支援策の検討材料とさせていただきます。

なお、本調査については、オンライン資格確認普及促進に向けての対応にのみ使用し、他の目的には使用しませんので、ご協力の程お願いします。

### 【回答方法】

以下の医療機関等向けポータルサイトの「オンライン資格確認導入意向調査」の入力フォームからご回答下さい。

<https://shinsei.iryohokenjyoho-portalsite.jp/pc/enquete/ikoutyousa/>

右のQRコードからでも回答できます。



インターネットでの回答が難しい方においては、裏面を活用し、同封している返信用封筒の「オンライン資格確認導入意向調査在中」に○をつけて、切手を貼付の上、ご郵送下さい。

**【締切日】** 令和3年3月31日 24:00 〆切

1. 今後、令和3年4月以降に、顔認証付きカードリーダーの申込を行い、オンライン資格確認を導入する予定はありますか？

ある場合は顔認証付きカードリーダーの申込みは、いつ頃を予定していますか？（該当する番号に○をしてください。また、ある場合は導入予定年月を記入してください。）

1 ある → \_\_\_\_\_ 年 月頃      2 ない

2. 問1で「ない」とお答えした方にお伺いします。

申込みをしない理由をお聞かせ下さい。（複数可。該当する番号に○をしてください。）

- 1 導入後、継続して費用がかかる（増える）ため
- 2 デジタル機器の利用ができない（抵抗がある）ため
- 3 オンライン資格確認のメリットが少ないため
- 4 マイナンバーカードの普及率が低いため
- 5 1～2年以内に閉院・閉局する可能性が高いため
- 6 その他（ \_\_\_\_\_ ）

3. 貴院（貴局）において導入時期を早める又は導入する方針に変更するには、どのような条件が必要だとお考えですか？（上位2つまでお選びください。該当する番号に○をしてください。）

- 1 導入している場合に経済的に優遇されること
- 2 他の医療機関・薬局でもオンライン資格確認が使われていること
- 3 導入のメリット（経済的な優遇以外）が増えること  
例えば（ \_\_\_\_\_ ）
- 4 マイナンバーカードの普及率の向上
- 5 その他（ \_\_\_\_\_ ）

4. 貴院（貴局）の情報をお教え下さい。

<医療機関区分>（該当する番号に○をしてください。）

1 病院（ \_\_\_\_\_ 床）      2 医科診療所      3 歯科診療所      4 薬局

<所在都道府県>

（ \_\_\_\_\_ ）都道府県

社会保険診療報酬支払基金理事長 あて

【申請者】

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 \_\_\_\_\_

担当者氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

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

「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

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
富士通	C a o r a	

メーカー名	製品名(型番)	台数
パナソニック	顔認証付きカードリーダー	

メーカー名	製品名(型番)	台数
アルメックス	S m a - p a マイナタッチ (ホワイト)	

メーカー名	製品名(型番)	台数
キャノン	H i - C A R A	

※病院は最高3台、診療所・薬局は1台申込みができます。

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

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) ⇒ 西暦  年  月 導入予定  
 ※未導入 (導入予定あり) を選択された方

導入予定なし

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) ⇒ 西暦  年  月 導入予定  
 ※未導入 (導入予定あり) を選択された方

導入予定なし

## 「顔認証付きカードリーダー提供申請書」利用の際の留意事項

顔認証付きカードリーダーのお申込みは、原則、医療機関等向けポータルサイト（以下「ポータルサイト」）からお申込み頂くこととしておりますが、インターネット環境がまだ整っていない医療機関・薬局もあることから、今回、「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」を同封いたします。

ポータルサイトからお申込みができない医療機関・薬局におかれましては、同封の申請書に必要事項を記入し返信用封筒の「顔認証付きカードリーダー提供申請書在中」に○をつけて、切手を貼付の上、ご郵送下さい。

なお、本申請書でのお申込みでは、受付から発注処理までに時間を要することから、顔認証付きカードリーダーのお届けがポータルサイトでのお申込みと比較し、2か月程度遅くなる可能性があることをご了承下さい。

【補助増額適用となる顔認証付きカードリーダー提供申請書の受付締切日】

令和3年3月31日消印有効

### 【「顔認証付きカードリーダー提供申請書」提出後に必要な手続き】

#### ● 医療機関等向けポータルサイトアカウント登録

オンライン資格確認を利用するためには、顔認証付きカードリーダーの申込だけでなく、必要な機器の導入や各種申請（オンライン資格確認利用申請・電子証明書発行申請・補助金申請）が必要です。

必要な機器の導入等については、まずは、お付き合いのあるレセプトコンピュータの業者などにお問い合わせ下さい。お付き合いのある業者がない場合は、ポータルサイトに「オンライン資格確認導入対応業者お問い合わせ先」を掲載しておりますので、ご参照下さい。

各種申請は、原則、全てポータルサイトから申請いただくこととしておりますので、まずはアカウント登録をお願いいたします。

#### ● 顔認証付きカードリーダー受付完了のお知らせ、メール受領

紙の本申請書にてお申込みの場合でも、顔認証付きカードリーダーの受付が完了した旨のお知らせをメールにて行います（令和3年5～6月頃）。このため、メールアドレスをご記載下さい。

西暦 2021 年 3 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 \_\_\_\_\_

④ 担当者氏名 \_\_\_\_\_

⑤ 電話番号 \_\_\_\_\_

⑥ メールアドレス \_\_\_\_\_

①「都道府県コード」及び「点数表コード」  
⇒「都道府県コード」はレセプトに記載する都道府県番号を記入してください。点数表コードは次のとおり記入してください。  
医科医療機関:「1」  
歯科医療機関:「3」  
薬局 :「4」

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「担当者氏名」  
⑤「電話番号」  
⑥「メールアドレス」  
⇒ 保険医療機関等の保険医療機関等名称、担当者氏名、電話番号、メールアドレス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

「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
富士通	C a o r a	
メーカー名	製品名(型番)	台数
パナソニック	顔認証付きカードリーダー	
メーカー名	製品名(型番)	台数
アルメックス	S m a - p a マイナタッチ (ホワイト)	
メーカー名	製品名(型番)	台数
キヤノン	H i - C A R A	

※病院は最高3台、診療所・薬局は1台申込みができます。

⑦「1 顔認証付きカードリーダー(必須)」  
⇒申込をされる顔認証付きカードリーダーの台数を記入してください。(病院は最高3台、診療所・薬局は1台申込みができます。)  
なお、顔認証付きカードリーダーの各製品の詳細については、ポータルサイトの「顔認証付きカードリーダーカタログ」画面を参照願います。

#### 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) ⇒ 西暦  年  月 導入予定
- 導入予定なし

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) ⇒ 西暦  年  月 導入予定
- 導入予定なし