

保険医療機関等電子申請・届出等システムに係る初期パスワード再通知届出

保険医療機関等電子申請・届出等システムにおける初期パスワードの再通知に関し、オンライン資格確認等、レセプトのオンライン請求及び健康保険組合に対する社会保険手続きに係る電子申請システムに係るセキュリティに関するガイドラインの規定に基づき届け出ます。

※提出の際は、「初期パスワード再通知届出入力状況」を確認してください。

初期パスワード再通知届出 入力状況		提出可
項目		入力欄
届出年月日 ※西暦・月・日を「/」区切りで入力	本初期パスワードを ください。 (例：2023/10/01)	2023/10/01
開設者法人名／開設者氏名	届けてください。	医療法人○×△ 開設者 太郎
都道府県コード	所在する都道府県を 選択してください。	01:北海道
医療機関（薬局）コード ※半角数字7桁で入力	保険医療機関等 のコードを 半角数字7桁で 入力してください。	1234567
診療報酬点数表の区分	診療報酬点数表の 区分を選択 してください。	医科
保険医療機関（薬局）名	保険医療機関（薬局） 名を入力してください。	○×△診療所
再通知時の「様式2_ユーザID・初期パスワード通知」に付与するパスワード ※半角文字のみで入力	「様式2_ユーザID・初期パスワード通知」に 付与するパスワードを 半角文字のみで 入力してください。	Abcd12345
本システムのユーザID ※半角文字のみで記入	本システムのユーザID を入力してください。	01T00001A
初期パスワード再通知の届出理由	初期パスワード再通知届出を 提出する理由を 入力してください。	ユーザID・初期パスワード通知を紛失したため
担当者氏名	連絡先となる 担当者氏名 を入力してください。	担当 次郎
担当者連絡先	連絡可能な 電話番号 を入力してください。	外線：0120-3456-7890 内線：12345
備考	その他特記事項があれば入力してください。 (例：暗号化されたファイルが添付されたメールは受信出来ないため、別の送付方法をお願いします。)	

【入力上の注意】

- 1 太枠内の背景色が黄色の箇所を入力してください。入力後に背景色がオレンジになった場合、入力内容に誤りがありますので、内容を修正してください。入力が完了すると背景色が緑になりますので、全ての入力項目の背景色が緑となり、「初期パスワード再通知届出入力状況」が「提出可」になったことを確認の上、提出してください。
なお、「初期パスワード再通知届出入力状況」が「提出不可」の場合は初期パスワードの再発行はいたしかねます。
- 2 「都道府県コード」欄、「診療報酬点数表の区分」欄では、表示された一覧から当てはまるものを選択してください。