

保険医療機関等電子申請・届出等システムに係るユーザID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ユーザID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。

ユーザID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	本ユーザID再通知届出を作成した年月日を入力してください。 (例：2021/11/01)	2021/11/01
開設者法人名／開設者氏名	届出する保険医療機関等の開設者法人名(あれば)、開設者氏名をご記入願います。	医療法人○×△ 開設者 太郎
都道府県コード	所在する都道府県コード、医療機関(薬局)コード、診療報酬点数表の区分および保険医療機関(薬局)名をご記入およびご選択願います。	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」に半角数字	1234567
診療報酬点数表の区分	医科・歯科・調剤から選択してください。	医科
保険医療機関(薬局)名	「様式2_ユーザID・初期パスワード通知」の暗号化パスワードをご記入願います。ヘルプデスクからファイルを送付する際に使用します。	○×△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」のファイル(英小文字、数字、記号)を入力してください。	Abcd12345
ユーザID再通知の届出理由	ユーザID再通知届出の申請理由をご記入願います。	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	ユーザID再通知届出申請の担当者の氏名および連絡先をご記入願います。	担当 三郎
担当者連絡先	連絡可能な電話番号等を入力してください。	外線：0120-4567-8901 内線：12346
利用開始申請担当者氏名	「様式1_利用開始届出」ご提出時に記入された担当者の氏名および連絡先をご記入願います。	担当 次郎
利用開始申請担当者連絡先	本システムの「利用開始届出」に記入した担当者連絡先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、「ユーザID再通知届入力状況」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、「ユーザID再通知入力状況」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。