

I. 保険医療機関・薬局の基本情報

① 名称			
② 電話番号	-	-	
④ 所在地	〒	-	③ 保険機関コード
		(都道府県)	都道府県番号 点数表番号 医療機関(薬局)コード(7ケタ)

II. 届出内容

⑤ 光ディスク等を用いた請求の継続を希望する期間	西暦	年	月	日
※ 最大で届出を行った翌年の9月末まで				
※ 1年更新制であり、改めて届出・移行計画書の提出を行うことで更新可能。				

III. 移行計画

⑥ 現時点でオンライン請求に移行できない理由(ア～ウから選択)	
ア 外部委託などにより請求を行っているため、レセプトコンピュータを保有していない 外部委託先の名称 ()	
イ オンライン資格確認の経過措置に該当するやむを得ない事情(※以下から1つ選択)がある	
☐ 光回線のネットワークが未整備の離島・山間地域や建物に所在	
☐ 改築工事中・臨時施設	
☐ 休廃止に関する計画を定めている	
☐ その他特に困難な事情がある	
ウ その他 ()	
⑦ 現時点で検討しているオンライン請求を行うことができる体制の整備予定時期 (ア～エから選択)	
ア 本年12月末までの時期	
イ 来年3月末までの時期	
ウ 来年9月末までの時期	
エ その他 ()	
例: 来年9月末までに休廃止予定であるなど	

(⑥で「ウ. その他」を選択した場合)

⑧ レセプトコンピュータ・請求用端末の状況(ア～ウから選択)	
ア オンライン請求に対応可能(確認済み)	
イ 改修・調達が必要 (西暦 年 月対応予定)	
ウ 改修・調達の要否を確認中	
⑨ ネットワークの整備状況(ア～ウから選択)	
ア 整備済み	
イ 契約済み・未整備 (西暦 年 月対応予定)	
ウ 見積もり依頼中・検討中	
⑩ 各種届出の状況	
(1) オンライン請求の利用申請 (済み／未実施)	
(2) 電子証明書の発行申請 (済み(※)／未実施)	
※ オンライン資格確認端末から請求する場合で、発行済みの電子証明書を兼用する場合を含む。	

⑪ 備考	
------	--

上記のとおり届け出ます。

西暦 年 月 日

審査支払機関

御中

開設者名

住所	〒	-	
メールアドレス:			

(記入等に当たっての留意点)

- ・ 青色セル部分に必要な記載を行った上、あらかじめ(2024年8月31日までに)、原則として医療機関等向け総合ポータルサイトを經由して審査支払機関に届出を行うこと。
- ・ ①・②・④欄には、保険医療機関・保険薬局指定申請書により届け出た記載内容を記入すること。
- ・ ③欄には、該当の保険機関コード(先頭から順に該当の都道府県番号(2桁)、点数表番号(1桁)、医療機関(薬局)コード(7桁))を記入すること。
 - ・ 【都道府県番号】 北海道01、青森02、岩手03、宮城04、秋田05、山形06、福島07、茨城08、栃木09、群馬10、埼玉11、千葉12、東京13、神奈川14、新潟15、富山16、石川17、福井18、山梨19、長野20、岐阜21、静岡22、愛知23、三重24、滋賀25、京都26、大阪27、兵庫28、奈良29、和歌山30、鳥取31、島根32、岡山33、広島34、山口35、徳島36、香川37、愛媛38、高知39、福岡40、佐賀41、長崎42、熊本43、大分44、宮崎45、鹿児島46、沖縄47
 - ・ 【点数表番号】 医科 1、歯科 3、調剤(薬局) 4
- ・ ⑥・⑦欄には「ア～ウ」又は「ア～エ」のうち該当するものを選択して記入すること。⑥欄で「ア」を選択した場合には、記入欄に外部委託先の名称を記入し、「イ」を選択した場合には、該当する事情を1つ選択し、⑦欄で「その他」を選択した場合には、記入欄にその具体的な内容を記入すること。
- ・ ⑧・⑨欄には「ア～ウ」のうち該当するものを選択して記入すること。「イ」を選択した場合には、記入欄に対応・整備予定時期を記入すること。
- ・ ⑩欄には、(1)(2)のそれぞれについて、「済み」又は「未実施」を選択して記入すること。