

## 様式4

## 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。

|                            |               |  |
|----------------------------|---------------|--|
| 届出年月日<br>※yyyy/MM/ddの形式で記入 | 2022/04/01    | 保険医療機関等がユーザID再通知届書を作成された年月日をご記入願います。                           |
| 開設者氏名                      | 開設者 太郎        | 保険医療機関等の開設者様の氏名をご記入願います。                                       |
| 都道府県コード                    | 01:北海道        | 保険医療機関等の都道府県コード、医療機関（薬局）コード、点数表区分および保険医療機関（薬局）名のご記入およびご選択願います。 |
| 点数表区分                      | 医科            |  |
| 医療機関（薬局）コード<br>※半角数字のみで記入  | 1234567       |  |
| 医療機関（薬局）名                  | ○×△診          |  |
| メールアドレス<br>※半角文字のみで記入      | ABCDEFGH@mail | 保険医療機関等がユーザID再通知届出申請でご利用するメールアドレスをご記入願います。                     |
| ユーザID再通知の届出理由              | ユーザID・初期パ     |  |
| 備考                         |               |  |

## ※担当者情報欄

|              |                            |                          |
|--------------|----------------------------|--------------------------|
| 担当者氏名        | 担当 三郎                      | ユーザID再通知届出の申請理由をご記入願います。 |
| 担当者連絡先       | 外線：0120-4567-8901 内線：12346 |                          |
| 利用開始申請担当者氏名  | 担当 次郎                      |                          |
| 利用開始申請担当者連絡先 | 外線：0120-3456-7890 内線：12345 |                          |

## ※事務使用欄

|     |  |  |
|-----|--|--|
| 確認欄 |  | 保険医療機関等の利用開始届出申請のご担当者とユーザ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。 |
| 備考  |  |  |

## 補足事項

- 表の太枠内（色を付けた箇所）を記入してください。  
なお、未記入項目があった場合はユーザIDの再通知はいたしかねます。
- 「都道府県コード」欄および「点数表区分」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。
- 「医療機関（薬局）コード」欄には、保険医療機関または保険薬局の指定の際に受領した「指定通知書」に記載の「医療機関コード」または「薬局コード」を記入してください。