

## 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。

※提出の際は、「ユーザID再通知届出入力状況」が「提出可」になっていることを確認してください。

ユーザID再通知届出 入力状況		提出不可
項目名		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：2023/08/01)	
開設者法人名／開設者氏名	届け出ている開設者の法人名及び氏名を入力してください。	
都道府県コード	所在する都道府県を選択してください。	
医療機関（薬局）コード ※半角数字7桁で入力	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」を半角数字7桁で入力してください。	
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。	
保険医療機関（薬局）名	保険医療機関名・保険薬局名を入力してください。	
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」を送付する際のファイル暗号化用パスワードとして使用します。英大文字、英小文字、数字を組み合わせた8文字以上の文字列を入力してください。	
ユーザID再通知の届出理由	ユーザID再通知届出を提出する理由を入力してください。	
担当者氏名	連絡先となる担当者の氏名を入力してください。	
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。	
利用開始申請担当者氏名	本システムの利用開始の際に提出した「様式1_利用開始届出」に入力した担当者氏名を入力してください。	
利用開始申請担当者連絡先	本システムの利用開始の際に提出した「様式1_利用開始届出」に入力した担当者連絡先を入力してください。	
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】

- 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、「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。
- 「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。