

連絡先とメールひな型の一覧

I D／PW発行（システム利用開始、初期パスワード再通知、ユーザ I D再通知およびシステム利用終了）の申請書提出先情報

申し込み（連絡先）		
宛先	メールアドレス（※）	稼働日時
ヘルプデスク担当 I D／PW発行窓口	mail:h-insurance-apply▲am.nttdata.co.jp	営業日：9時～17時 ※：営業日には、土・日・祝日および年末年始を含まない。

（※）掲載されているメールアドレスをご利用する際は、「▲」を「@」に置き換えてご利用ください。

申し込み（メールひな型）		
申し込み種別	メールタイトルのひな型	メール本文のひな型
システム利用開始	【システム利用開始の申請】_<医療機関コード>_<医療機関名> ■=====■ ※<医療機関コード>を保険医療機関等の医療機関コードに置き換えてください。 <医療機関名>を保険医療機関等の医療機関名に置き換えてください。 「様式1-2_利用開始（一括）届出」の場合は、<医療機関コード>を「一括申請」、<医療機関名>を法人名に置き換えてください。 記載例） 【システム利用開始の申請】_1234567_○×△診療所 【システム利用開始の申請】_一括申請_医療法人○×△	ヘルプデスク担当 I D／PW発行窓口 保険医療機関等電子申請・届出等システムの利用開始の申請をいたします。 システム利用開始届出を添付しておりますのでご確認よろしく申し上げます。 【担当者連絡先情報】 保険医療機関担当者部署名：<保険医療機関担当者部署名> 保険医療機関担当者名：<保険医療機関担当者名> 以上です。よろしく申し上げます。 ■=====■ ※「<>」で囲ってある部分を「<>」に記載されている内容に置き換えてください。
初期パスワード再通知	【初期パスワード再通知の申請】_<医療機関コード>_<医療機関名> ■=====■ ※<医療機関コード>を保険医療機関等の医療機関コードに置き換えてください。 <医療機関名>を保険医療機関等の医療機関名に置き換えてください。 記載例） 【初期パスワード再通知の申請】_1234567_○×△診療所	ヘルプデスク担当 I D／PW発行窓口 保険医療機関等電子申請・届出等システムの初期パスワード再通知の申請をいたします。 初期パスワード再通知届出を添付しておりますのでご確認よろしく申し上げます。 【担当者連絡先情報】 保険医療機関担当者部署名：<保険医療機関担当者部署名> 保険医療機関担当者名：<保険医療機関担当者名> 以上です。よろしく申し上げます。 ■=====■ ※「<>」で囲ってある部分を「<>」に記載されている内容に置き換えてください。

申し込み（メールひな型）		
申し込み種別	メールタイトルのひな型	メール本文のひな型
ユーザ I D再通知	【ユーザ I D再通知の申請】_<医療機関コード>_<医療機関名> ■=====■ ※<医療機関コード>を保険医療機関等の医療機関コードに置き換えてください。 <医療機関名>を保険医療機関等の医療機関名に置き換えてください。 記載例） 【ユーザ I D再通知の申請】_1234567_○×△診療所	ヘルプデスク担当 I D／PW発行窓口 保険医療機関等電子申請・届出等システムのユーザ I D再通知の申請をいたします。 ユーザ I D再通知届出を添付しておりますのでご確認よろしく申し上げます。 【担当者連絡先情報】 保険医療機関担当者部署名：<保険医療機関担当者部署名> 保険医療機関担当者名：<保険医療機関担当者名> 以上です。よろしく申し上げます。 ■=====■ ※「<>」で囲ってある部分を「<>」に記載されている内容に置き換えてください。
システム利用終了	【システム利用終了の申請】_<医療機関コード>_<医療機関名> ■=====■ ※<医療機関コード>を保険医療機関等の医療機関コードに置き換えてください。 <医療機関名>を保険医療機関等の医療機関名に置き換えてください。 記載例） 【システム利用終了の申請】_1234567_○×△診療所	ヘルプデスク担当 I D／PW発行窓口 保険医療機関等電子申請・届出等システムの利用終了の申請をいたします。 システム利用終了届出を添付しておりますのでご確認よろしく申し上げます。 【担当者連絡先情報】 保険医療機関担当者部署名：<保険医療機関担当者部署名> 保険医療機関担当者名：<保険医療機関担当者名> 以上です。よろしく申し上げます。 ■=====■ ※「<>」で囲ってある部分を「<>」に記載されている内容に置き換えてください。

保険医療機関等電子申請・届出等システムの問い合わせ先情報

問い合わせ（連絡先）		
宛先	メールアドレス（※）	稼働日時
ヘルプデスク担当 問い合わせ窓口	healthinsurance-help▲am.nttdata.co.jp	営業日：9時～17時 ※：営業日には、土・日・祝日および年末年始を含まない。

（※）掲載されているメールアドレスをご利用する際は、「▲」を「@」に置き換えてご利用ください。

問い合わせ（メールひな型）																				
分類	メールタイトルのひな型	メール本文のひな型																		
本システムの 操作方法について	【<問い合わせ種別>】<問い合わせ内容の概要>_<医療機関コード>_<医療機関名> ■=====■ ※メールタイトルの“<>”で記載されている箇所を書き換えてタイトルを作成してください。 【1】<問い合わせ種別> 以下に記載した①～⑤から1つを選択して記入してください。 <table><tr><th>番号</th><th>問い合わせ種別</th><th>説明</th></tr><tr><td>①</td><td>I D P W発行の問 い合わせ</td><td>I D P W発行の申請について問い合わせ する場合に選択してください。</td></tr><tr><td>②</td><td>システム操作の問 い合わせ</td><td>保険医療機関等電子申請・届出等システ ムの操作方法について問い合わせする場 合に選択してください。</td></tr><tr><td>③</td><td>システム不具合の 問い合わせ</td><td>保険医療機関等電子申請・届出等システ ムの不具合について問い合わせする場合 に選択してください。</td></tr><tr><td>④</td><td>届出に関する制度 の問い合わせ</td><td>届出に関する運用や制度等について問 い合わせする場合に選択してください。</td></tr><tr><td>⑤</td><td>その他の問 い合わせ</td><td>上記以外の問い合わせをする場合に選 択してください。</td></tr></table>	番号	問い合わせ種別	説明	①	I D P W発行の問 い合わせ	I D P W発行の申請について問い合わせ する場合に選択してください。	②	システム操作の問 い合わせ	保険医療機関等電子申請・届出等システ ムの操作方法について問い合わせする場 合に選択してください。	③	システム不具合の 問い合わせ	保険医療機関等電子申請・届出等システ ムの不具合について問い合わせする場合 に選択してください。	④	届出に関する制度 の問い合わせ	届出に関する運用や制度等について問 い合わせする場合に選択してください。	⑤	その他の問 い合わせ	上記以外の問い合わせをする場合に選 択してください。	メール本文に以下の内容を記載の上、メールにてご連絡ください。 ■=====■ ヘルプデスク担当 問い合わせ窓口 【発生日時】 　<「yyyy/MM/dd hh:mm頃」の形式で記載ください。> ■問合せ内容 【ユーザ I D】 　<ログインする際に使用するユーザ I Dをお持ちの場合は、記入してくださ い。 　　ログインする際に使用するユーザ I Dをお持ちでない場合は、「-」を記入 してください。> 【実施したい操作/確認したい内容】 　<実施したい操作および確認したい内容について記入してください。> 【実施手順詳細（帳票出力条件/対象データ情報等）】 　<【操作】に対し実施された手順について記入してください。 　実施された手順がない場合は、「-」を記入してください。 【対象画面名】 　<<問い合わせ種別>を②および③に置き換えた場合は、操作画面名を記入して ください。 　　<問い合わせ種別>を①、④および⑤に置き換えた場合は、「-」を記入して ください。> 【備考】 　<追加でご連携したい内容を記入してください。連携したい内容がない場合 は、「-」を記入してください。> 【担当者連絡先情報】 保険医療機関担当者部署名：<保険医療機関担当者部署名> 保険医療機関担当者名：<保険医療機関担当者名> 以上です。よろしくお願いします。 ■=====■ ※「<>」で囲ってある部分を「<>」に記載されている内容に置き換えてくださ い。
	番号	問い合わせ種別	説明																	
①	I D P W発行の問 い合わせ	I D P W発行の申請について問い合わせ する場合に選択してください。																		
②	システム操作の問 い合わせ	保険医療機関等電子申請・届出等システ ムの操作方法について問い合わせする場 合に選択してください。																		
③	システム不具合の 問い合わせ	保険医療機関等電子申請・届出等システ ムの不具合について問い合わせする場合 に選択してください。																		
④	届出に関する制度 の問い合わせ	届出に関する運用や制度等について問 い合わせする場合に選択してください。																		
⑤	その他の問 い合わせ	上記以外の問い合わせをする場合に選 択してください。																		
	【2】<問い合わせ内容の概要> 　問い合わせ内容の概要を記入してください。 【3】<医療機関コード> 　保険医療機関等の医療機関コードを記入してください。 【4】<医療機関名> 　保険医療機関等の医療機関名を記入してください。 記載例) 【システム操作の問い合わせ】 ログイン方法の確認_1234567_○× △診療所																			