

電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届出

電子計算機を使用して厚生労働大臣の定める方式に従って電子情報処理組織の使用による費用の請求を（開始・変更）することに関し、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」の規定に基づき届け出ます。

なお、審査支払機関のオンライン請求システム利用規約に同意します。

令和 年 月 日

住所
開設者
氏名
御中

医療機関（薬局）コード		点数表区分	医科・DPC・ <input checked="" type="radio"/> 歯科・調剤	
保険医療機関（薬局）名		電話番号		
保険医療機関（薬局）所在地		郵便番号	—	
レセコンのプログラム名称		請求開始・変更年月	令和 年 月請求分から	
レセコンのソフトメーカー名 (プログラムの作成者の氏名)		パソコンの基本ソフト（OS） ・ブラウザ		
オンライン請求システムに係る安全対策の規程（セキュリティ・ポリシー）	<input checked="" type="radio"/> 有		無	
電気通信回線	IP-VPN接続	ISDN ダイヤルアップ接続 (— —)	インターネット接続 IPsec+IKE提供事業者名 ()	※受付印
確認試験の実施	<input checked="" type="radio"/> 有		無	
備考				

作成要領

- 1 この様式は、保険医療機関等が電子情報処理組織の使用による費用の請求を開始又は使用しているプログラム等を変更する場合、審査支払機関に医科、D P C、歯科及び調剤別に作成し提出する。
- 2 電子情報処理組織の使用による費用の請求を開始又は変更しようとするとき、その別を○で囲む。
- 3 「点数表区分」欄には、医科、D P C、歯科及び調剤の別を○で囲む。
- 4 「医療機関（薬局）コード」、「保険医療機関（薬局）名」、「電話番号」、「保険医療機関（薬局）所在地」及び「郵便番号」欄には、保険医療機関届で届け出た記載内容を記入する。
- 5 「レセコンのプログラム名称」欄には、レセコンのソフトの名称及びシリーズ名を記入する。
- 6 「レセコンのソフトメーカー名」欄には、レセコンのソフトメーカー名又はプログラムの作成者の氏名を記入する。
- 7 「請求開始・変更年月」欄には、電子情報処理組織の使用による費用の請求を開始又は変更しようとするときに、当該診療（調剤）報酬の請求年月を記入する。
- 8 「パソコンの基本ソフト（OS）・ブラウザ」欄には、オンライン請求システムの送信機器の基本ソフト名及びブラウザ名を記入する。

≪記載例≫

OS：ウィンドウズ 10 ブラウザ：インターネットエクスプローラ 11

- 9 「オンライン請求システムに係る安全対策の規程（セキュリティ・ポリシー）」欄の有・無を○で囲む。
- 10 「電気通信回線」欄には、電気通信回線への接続方法が I P - V P N接続、ダイヤルアップ接続または、インターネット接続（I P sec+IKE）（IPsec（IETF(Internet Engineering Task Force)において標準とされた、IP(Internet Protocol)レベルの暗号化機能。認証や暗号のプロトコル、鍵交換のプロトコル、ヘッダー構造など複数のプロトコルの総称）と IKE（Internet Key Exchange；IPsec で用いるインターネット標準の鍵交換プロトコル）を組み合わせた接続）の別を○で囲む。

なお、ダイヤルアップ接続（I S D N）の場合は、専用電話番号、インターネット接続（IPsec と IKE を組み合わせた接続に限る。）の場合は、提供事業者名を記入する。
- 11 「確認試験の実施」欄の有・無を○で囲む。
- 12 本届出をオンライン申請する場合は、前項までに準じるものとする。

電子証明書発行等依頼書

【保険医療機関 保険薬局 特定健康診査・特定保健指導機関】

令和 年 月 日

社会保険診療報酬支払基金 支部 御中

電子証明書の発行（失効）を依頼します。

発行等依頼種別	新規発行・失効					依頼枚数	枚					
機関種別	<input checked="" type="checkbox"/> 保険医療機関 <input type="checkbox"/> 保険薬局 <input type="checkbox"/> 特定健診・特定保健指導機関	医療機関	都道府県	点数表	機関コード							
		(薬局) コード		3								
機関名称	(フリガナ)											
所在地	〒 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>											
電話番号	— —			メールアドレス	@							
担当部署/担当者名												
電子証明書の使用用途	<input checked="" type="checkbox"/> レセプトのオンライン請求で使用します。 <input type="checkbox"/> 特定健診・特定保健指導費用のオンライン請求で使用します。 <input type="checkbox"/> レセプト及び特定健診・特定保健指導費用のオンライン請求で使用します。											
発行料 (更新料)	<input type="checkbox"/> 診療（調剤）報酬支払額から控除することを希望します。 <input type="checkbox"/> 払込請求書による振込みを希望します。 ※ 機関種別が特定健診・特定保健指導機関の場合には、「払込請求書による振込み」を選択してください。											
注：電子証明書は社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険団体連合会共通です。				使用欄	基金	受付		確認				

【作成要領（電子証明書発行等依頼書）】

- 1 この様式は、電子証明書を発行又は失効するとき、機関の所在する社会保険診療報酬支払基金に提出してください。
- 2 電子証明書発行事務は社会保険診療報酬支払基金で行うので、国民健康保険団体連合会への本様式の提出は不要です。
また、電子証明書はレセプトのオンライン請求、特定健診・特定保健指導費用のオンライン請求で使用できます。
- 3 電子証明書を発行又は失効しようとするとき、その別を○で囲んでください。
- 4 「依頼枚数」欄には電子証明書の「新規発行」又は「失効」を行う、電子証明書の枚数（端末台数）を記入してください。
- 5 「機関種別」欄には、該当する機関の□にチェックをし、都道府県番号、点数表（医科1・歯科3・調剤4）及び機関コードを記入してください。
- 6 「機関名称」、「所在地」欄には、保険医療機関届で届け出た記載内容を記入してください。
- 7 「電話番号」欄には、担当部署又は担当者の電話番号を記入してください。
- 8 「メールアドレス」欄にメールアドレスを記入してください。
メールアドレスをお持ちでない場合は空白のまま提出してください。
- 9 「電子証明書の使用用途」欄には、電子証明書を使用する用途の□にチェックをしてください。
- 10 「発行料（更新料）」欄は、希望する払込方法の□にチェックをしてください。
なお、機関種別が特定健診・特定保健指導機関の場合には、「払込請求書による振込み」を選択してください。

【留意事項】

- 1 電子証明書の有効期間は3年3ヵ月です。
- 2 電子証明書の発行（更新）の際には、発行（更新）料として1,500円（消費税含む）が必要です。
- 3 電子証明書の発行（更新）料は、電子証明書を申請し、その申請が承認された時点で発生します。
- 4 保険医療機関（特定健診・特定保健指導を実施している保険医療機関を含む）及び保険薬局への発行（更新）料は、電子証明書を申請し承認された月の翌々月に、診療（調剤）報酬支払額からの控除又は「電子証明書発行・更新料払込請求書」による振込みとなります。
- 5 特定健診・特定保健指導機関への発行（更新）料は、電子証明書を申請し承認された翌々月に、「電子証明書発行・更新料払込請求書」による振込みとなります。
- 6 電子証明書の利用者の都合により電子証明書を再発行（新規発行の取扱いとなる）する場合は、発行料として1,500円が必要となります。
- 7 更新の際に、依頼書の提出は必要ありません。

様式の別紙

電子証明書発行等依頼内訳

令和 年 月 日

発行等依頼種別	新規発行・失効	医療機関（薬局） コード	都道府県		点数表	機関コード					
					3						
機関名称											

項番	端末名称等											失効日 ※失効の場合は記載	失効理由 ※失効の場合は記載	
1													即日 年 月 日	
2													即日 年 月 日	
3													即日 年 月 日	
4													即日 年 月 日	
5													即日 年 月 日	

【作成要領（電子証明書発行等依頼内訳）】

- 1 依頼年月日を記載してください。
- 2 「発行等依頼種別」欄、「医療機関（薬局）コード」欄及び「機関名称」欄には、「電子証明書発行等依頼書（本紙）」と同じ内容を記入してください。
- 3 「端末名称等」欄には、「新規発行」を依頼する場合、発行した電子証明書を使用する端末を判別するための任意名称を記入してください。
なお、「失効」を依頼する場合、「電子証明書発行通知書」又は「電子証明書更新通知書」に記載している「端末名称等」（医療機関等にて新規発行時に設定したもの）を記載してください。
また、端末等には、端末名称等を記載したラベル等を貼付するなど、端末等にどの電子証明書をインストールしたか判別できるよう管理願います。
- 4 「失効日」欄には、「失効」を依頼する場合、失効を希望される年月日を記入してください。申請後即日失効を希望される場合は「即日」を○で囲んでください。（「新規発行」を依頼する場合は、記載不要です。）
- 5 「失効理由」欄には、「失効」を依頼する場合、失効される理由を簡単に記載してください。（「新規発行」を依頼する場合は、記載不要です。）
- 6 電子証明書の発行等の依頼枚数が5枚以上ある場合は、本紙を複数枚添付しても差し支えありません。

国保提出分

電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届出

今までの請求方法が紙レセの場合→開始を選択。CD・オンラインの場合→変更を選択

電子計算機を使用して厚生労働大臣の定める方式に従って電子情報処理組織の使用による費用の請求を（**開始**・変更）することに関し、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」の規定に基づき届け出ます。

なお、審査支払機関のオンライン請求システム利用規約に同意します。

都道府県を記入

令和〇〇年 〇月 〇日

住所〇〇県〇〇市〇丁目 〇〇ヒルズ 101号室

〇〇県国民保険団体連合会 御中

開設者

氏名 惑星 太郎

医療機関（薬局）コード	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	点数表区分	医科・DPC・ 歯科 ・調剤
保険医療機関（薬局）名	〇〇 歯科	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇
保険医療機関（薬局）所在地	〇〇 県 〇〇 市 〇丁目	郵便番号	〇 〇 〇 - 〇 〇 〇 〇
レセコンのプログラム名称	iQalte	請求開始・変更年月	令和〇年〇月請求分から
レセコンのソフトメーカー名 (プログラムの作成者の氏名)	フィード(株)	パソコンの基本ソフト(OS) ・ブラウザ	Windows10・Edge Chromium
オンライン請求システムに係る安全対策の規程(セキュリティ・ポリシー)	有 ・ 無	確認試験の実施	有 ・ 無
電気通信回線	IP-VPN接続(IPv4)	IP-VPN接続(IPv6) <input checked="" type="checkbox"/> オンライン資格確認と同一回線 <input type="checkbox"/> オンライン資格確認と異なる回線	請求開始の月を記入 例) 4月診療レセを請求する場合 →5月請求開始
	ISDN ダイヤルアップ接続 (- -)	インターネット接続 IPsec+IKE提供事業者名 ()	
備考	資格確認端末とオンライン請求端末が別々の場合はこちら	資格確認端末とオンライン請求端末を一緒にできる場合はこちら	請求用に使用するパソコンのOSとブラウザを記入します。

作成要領

- 1 この様式は、保険医療機関等が電子情報処理組織の使用による費用の請求を開始又は使用しているプログラム等を変更する場合、審査支払機関に医科、D P C、歯科及び調剤別に作成し提出する。
- 2 電子情報処理組織の使用による費用の請求を開始又は変更しようとするとき、その別を○で囲む。
- 3 「点数表区分」欄には、医科、D P C、歯科及び調剤の別を○で囲む。
- 4 「医療機関（薬局）コード」、「保険医療機関（薬局）名」、「電話番号」、「保険医療機関（薬局）所在地」及び「郵便番号」欄には、保険医療機関届で届け出た記載内容を記入する。
- 5 「レセコンのプログラム名称」欄には、レセコンのソフトの名称及びシリーズ名を記入する。
- 6 「レセコンのソフトメーカー名」欄には、レセコンのソフトメーカー名又はプログラムの作成者の氏名を記入する。
- 7 「請求開始・変更年月」欄には、電子情報処理組織の使用による費用の請求を開始又は変更しようとするときに、当該診療（調剤）報酬の請求年月を記入する。
- 8 「パソコンの基本ソフト（OS）・ブラウザ」欄には、オンライン請求システムの送信機器の基本ソフト名及びブラウザ名を記入する。

《記載例》

OS：ウィンドウズ 10 ブラウザ：インターネットエクスプローラ 11

- 9 「オンライン請求システムに係る安全対策の規程（セキュリティ・ポリシー）」欄の有・無を○で囲む。
- 10 「電気通信回線」欄には、電気通信回線への接続方法が I P - V P N接続（IPv4）、I P - V P N接続（IPv6）、ダイヤルアップ接続または、インターネット接続（IPsec+IKE）（IPsec（IETF(Internet Engineering Task Force)において標準とされた、IP(Internet Protocol)レベルの暗号化機能。認証や暗号のプロトコル、鍵交換のプロトコル、ヘッダー構造など複数のプロトコルの総称）と IKE（Internet Key Exchange；IPsec で用いるインターネット標準の鍵交換プロトコル）を組み合わせた接続）の別を○で囲む。

なお、ダイヤルアップ接続（ISDN）の場合は、専用電話番号、インターネット接続（IPsec と IKE を組み合わせた接続に限る。）の場合は、提供事業者名を記入する。また、I P - V P N接続（IPv6）の場合は、オンライン資格確認と同一回線または、異なる回線の□にチェック「✓」し、「CAF」又は「COP」から始まる「お客さま ID」（11～13桁の英数字）を記入する。

- 11 「確認試験の実施」欄の有・無を○で囲む。
- 12 本届出をオンライン申請する場合は、前項までに準じるものとする。

社保提出分

電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届出

今までの請求方法が紙レセの場合→開始を選択。CD・オンラインの場合→変更を選択

電子計算機を使用して厚生労働大臣の定める方式に従って電子情報処理組織の使用による費用の請求を（**開始**・変更）することに関し、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」の規定に基づき届け出ます。

なお、審査支払機関のオンライン請求システム利用規約に同意します。

都道府県を記入

令和〇〇年 〇月 〇日

住所〇〇県〇〇市〇丁目 〇〇ヒルズ 101号室

社会保険診療報酬支払基金 〇〇支部 御中

開設者

氏名 惑星 太郎

医療機関（薬局）コード	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	点数表区分	医科・DPC・ 歯科 ・調剤
保険医療機関（薬局）名	〇〇 歯科	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇
保険医療機関（薬局）所在地	〇〇 県 〇〇 市 〇丁目	郵便番号	〇 〇 〇 - 〇 〇 〇 〇
レセコンのプログラム名称	iQalte	請求開始・変更年月	令和〇年〇月請求分から
レセコンのソフトメーカー名 （プログラムの作成者の氏名）	フィード株式会社	パソコンの基本ソフト（OS） ・ブラウザ	Windows10・Edge Chromium
オンライン請求システムに係る安全対策の規程（セキュリティ・ポリシー）	有 ・ 無	確認試験の実施	有 ・ 無
電気通信回線	IP-VPN接続（IPv4）	IP-VPN接続（IPv6） <input checked="" type="checkbox"/> オンライン資格確認と同一回線 <input type="checkbox"/> オンライン資格確認と異なる回線	請求開始の月を記入 例）4月診療レセを請求する場合 →5月請求開始
	ISDN ダイヤルアップ接続 - -)	インターネット接続 IPsec+IKE提供事業者名 ()	
備考	資格確認端末とオンライン請求端末が別々の場合はこちら	資格確認端末とオンライン請求端末を一緒にできる場合はこちら	請求用に使用するパソコンのOSとブラウザを記入します。

作成要領

- 1 この様式は、保険医療機関等が電子情報処理組織の使用による費用の請求を開始又は使用しているプログラム等を変更する場合、審査支払機関に医科、D P C、歯科及び調剤別に作成し提出する。
- 2 電子情報処理組織の使用による費用の請求を開始又は変更しようとするとき、その別を○で囲む。
- 3 「点数表区分」欄には、医科、D P C、歯科及び調剤の別を○で囲む。
- 4 「医療機関（薬局）コード」、「保険医療機関（薬局）名」、「電話番号」、「保険医療機関（薬局）所在地」及び「郵便番号」欄には、保険医療機関届で届け出た記載内容を記入する。
- 5 「レセコンのプログラム名称」欄には、レセコンのソフトの名称及びシリーズ名を記入する。
- 6 「レセコンのソフトメーカー名」欄には、レセコンのソフトメーカー名又はプログラムの作成者の氏名を記入する。
- 7 「請求開始・変更年月」欄には、電子情報処理組織の使用による費用の請求を開始又は変更しようとするときに、当該診療（調剤）報酬の請求年月を記入する。
- 8 「パソコンの基本ソフト（OS）・ブラウザ」欄には、オンライン請求システムの送信機器の基本ソフト名及びブラウザ名を記入する。

《記載例》

OS：ウィンドウズ 10 ブラウザ：インターネットエクスプローラ 11

- 9 「オンライン請求システムに係る安全対策の規程（セキュリティ・ポリシー）」欄の有・無を○で囲む。
- 10 「電気通信回線」欄には、電気通信回線への接続方法が I P - V P N接続（IPv4）、I P - V P N接続（IPv6）、ダイヤルアップ接続または、インターネット接続（IPsec+IKE）（IPsec（IETF(Internet Engineering Task Force)において標準とされた、IP(Internet Protocol)レベルの暗号化機能。認証や暗号のプロトコル、鍵交換のプロトコル、ヘッダー構造など複数のプロトコルの総称）と IKE（Internet Key Exchange；IPsec で用いるインターネット標準の鍵交換プロトコル）を組み合わせた接続）の別を○で囲む。

なお、ダイヤルアップ接続（I S D N）の場合は、専用電話番号、インターネット接続（IPsec と IKE を組み合わせた接続に限る。）の場合は、提供事業者名を記入する。また、I P - V P N接続（IPv6）の場合は、オンライン資格確認と同一回線または、異なる回線の□にチェック「✓」し、「CAF」又は「COP」から始まる「お客さま ID」（11～13桁の英数字）を記入する。

- 11 「確認試験の実施」欄の有・無を○で囲む。
- 12 本届出をオンライン申請する場合は、前項までに準じるものとする。