

【記載例】

西暦 年 月 日

医療保険情報提供等実施機関 御中

医療機関・薬局・訪問看護ステーション名

オンライン資格確認利用に関する申請書

オンライン資格確認を利用するにあたり、「オンライン資格確認等システム利用規約」に基づき申請
なお、医療機関・薬局・訪問看護ステーションが「オンライン資格確認等システム利用規約」及び「局運用規程」に同意します。注1

ポイント①
都道府県コード、点数表コードは別添をご確認ください。

【基本項目】

医療機関（薬局・訪問看護ステーション）コード （受付番号）	都道府県		点数表	機関コード						
	1	3	3	1	2	3	4	5	6	7
開設者氏名										
								メールアドレス ※ない場合は記入不要		
ポイント② 「②IP-VPN接続（CTC・QTnet）」の対象地域は以下になります。 長野県（20）岐阜県（21）、静岡県（22）（富士川以西）、愛知県（23）、三重県（24）九州地方（40～47） ※CTC（中部テレコミュニケーション株式会社）、QTnet（株式会社QTnet）は、事業者名です。										
ポイント③ 参考「お客さまIDの確認方法」をご確認ください。										
	接続（CTC・QTnet）			①の場合はフレッツ・v6オプションの契約状況を選択してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 契約済、または利用開始までに契約予定 <input type="checkbox"/> レセコンベンダ等でアプリケーションを管理しているため、オプション契約は不要						
	③インターネット接続（IP-sec+IKE）									
	C	A	F	0	0	0	0	0	0	0
	C	0	P							
（光コラボレーション含）ご利用の場合に記入してください。										
利用開始予定年月	西暦 2024年 2月 ※オンライン資格確認等システムの利用開始予定年月を記入してください。									
テスト開始予定年月 ※未定の場合は記入不要です。	西暦 2024年 1月									
秘密の番号	9	1	2	3						
※任意の数字4桁を記入してください。	※マスターアカウント（ログインID）のパスワードを再発行する際に必要です。失念しないようにご留意願います。									

【電子証明書発行申請項目】

電子証明書発行料 (更新料)の支払 方法	<input checked="" type="checkbox"/> 診療報酬支払額等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を希望します ※電子証明書の発行の際には、発行料として端末1台につき1,500円(税込)が必要です。												
電子証明書を設定する 端末の名称等注2 (例:「資格確認端末1」 等)	1台目	資	格	確	認	等	端	末	1				
	2台目												
	3台目												
	4台目												
	5台目												
	6台目												
	7台目												
	8台目												
	9台目												
	10台目												

注1 「規約」及び「規程」は医療機関等向け総合ポータルサイトに掲載しています。
 注2 電子証明書は端末毎に発行申請が必要です。

(別添)

点数表コード一覧

点数表名	コード
医科	1
歯科	3
調剤	4
訪問看護	6

都道府県コード一覧

都道府県名	コード	都道府県名	コード	都道府県名	コード
北海道	01	石川	17	岡山	33
青森	02	福井	18	広島	34
岩手	03	山梨	19	山口	35
宮城	04	長野	20	徳島	36
秋田	05	岐阜	21	香川	37
山形	06	静岡	22	愛媛	38
福島	07	愛知	23	高知	39
茨城	08	三重	24	福岡	40
栃木	09	滋賀	25	佐賀	41
群馬	10	京都	26	長崎	42
埼玉	11	大阪	27	熊本	43
千葉	12	兵庫	28	大分	44
東京	13	奈良	29	宮崎	45
神奈川	14	和歌山	30	鹿児島	46
新潟	15	鳥取	31	沖縄	47
富山	16	島根	32		