

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、老人医療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。

平成 年 月 日

住所

(審査支払機関名)

御中

開設者

氏名



医療機関（薬局）コード	点数表区分	医 科 ・ D P C ・ 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 —
プログラム名称			※ 受付印
ソフトメーカー名 (プログラムの作成者の氏名)			
請求開始・変更年月	平成 年 月 請求分から		
電気通信回線	ダイヤルアップ接続 () ・ I P - V P N 接続		
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		
備 考			

作成要領

- 1 この様式は、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、保険医療機関（薬局）の所在する審査支払機関に医科、D P C 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 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 「プログラム名称」欄には、ソフトの名称及びシリーズ名を記入する。
- 6 「ソフトメーカー名」欄には、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 「電気通信回線」欄には、電気通信回線への接続方法がダイヤルアップ接続及び I P - V P N 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、専用電話番号を記入する。

(審査支払機関名) 御中

住 所
開設者
氏 名

電子情報処理組織の使用による費用の請求に係る確認試験依頼書

電子情報処理組織の使用による費用の請求を開始するにあたり、確認試験を受けたいので次のとおり依頼します。

点数表区分	医科・DPC・調剤	依頼回数	新規・回目
医療機関（薬局）コード 電話番号	
保険医療機関（薬局）名			
保険医療機関（薬局）所在地	〒		
プログラム名称			
ソフトメーカー名 (プログラムの作成者の氏名)			
電気通信回線	ダイヤルアップ接続 ()	IP-VPN接続	
見込件数	入院・	入院外・	
備考			

《 作成要領 》

- 1 本依頼書は、保険医療機関（薬局）で電子情報処理組織の使用による費用の請求が厚生労働大臣の定める方式に適合しているかどうか事前に確認したい場合、保険医療機関（薬局）の所在する審査支払機関に医科、DPC及び調剤別に作成し提出する。
- 2 本依頼書の提出期日は確認試験を実施する月の前月20日までとする。
- 3 「点数表区分」欄には、医科、DPC及び調剤の別を○で囲む。
- 4 「依頼回数」欄には、新規又は何回目の確認試験依頼か記入する。
- 5 「医療機関（薬局）コード」、「電話番号」、「保険医療機関（薬局）名」及び「保険医療機関（薬局）所在地（郵便番号を含む。）」欄には、保険医療機関届で届け出た記載内容を記入する。
- 6 「プログラム名称」欄には、ソフトの名称及びシリーズ名を記入する。
- 7 「ソフトメーカー名」欄には、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。
- 8 「見込件数」欄には、確認試験を受ける際の見込件数を記入する。
- 9 「電気通信回線」欄には、電気通信回線への接続方法がダイヤルアップ接続及びIP-VPN接続の別を○で囲む。

なお、ダイヤルアップ接続（ISDN）の場合は、専用電話番号を記入する。