

【重要】

「オンライン資格確認」は来年4月から義務化されます。

令和4年9月20日

会 員 各 位

一般社団法人 安佐医師会
会 長 辻 勝三

「オンライン資格確認」の早期申込・早期導入に向けた取組について（お知らせ）

平素より、本会の会務諸事業の推進にご支援・ご協力を賜っておりますことに深く感謝申し上げます。

さて、国においては「オンライン資格確認」について、令和5年4月から保険医療機関、薬局への導入を原則、義務付けることとし、オンライン資格確認に必要な顔認証付きカードリーダーを未だ申込んでいない医療機関等に対して、早期にカードリーダーを取得するよう求めています。

こうした動きを受け、日本医師会から、県医師会、地区医師会においても厚生労働省が行った説明会の録画映像を活用するなどして、早期導入に向けた周知を図るよう依頼がありました。

つきましては、「顔認証付きカードリーダー」を申込まれていない医療機関におかれましては、8月24日に厚生労働省が行った説明会（録画）や資料を参考とし、早期に申込みいただくよう、よろしく願いいたします。

[8/24 開催の厚生労働省の説明会（録画）、資料]

URL: <https://www.med.or.jp/doctor/sys/onshi/010656.html>

なお、申込みにつきましては、基本的にはポータルサイトからの申込みが推奨されていますが、県医師会を窓口として、紙による申請も受け付けられることになりましたので、ご希望の場合は、別紙様式2により必要事項を記載の上、9月30日（金）までに広島県医師会事務局にFAX（082-568-2112）での申込みをお願いいたします。

また、併せて、オンライン資格確認の導入に向け、まずはお使いのレセコンや電子カルテのシステム事業者に、オンライン資格確認導入のための見積作成の依頼をお願いいたします。

（注）現在、紙レセプトでの請求が認められている保険医療機関は、オンライン資格確認導入の原則義務化の例外となります。

【関連サイト】

【オンライン資格確認・医療情報化支援基金関係 医療機関等向けポータルサイト】

<https://www.iryohokenjyoho-portalsite.jp/>

【日本医師会ホームページ・メンバーズルーム内オンライン資格確認相談窓口】

<https://www.med.or.jp/japanese/members/info/jirei.html>

このお知らせ文については、安佐医師会 HP の会員専用ページ（新着情報）に掲載しています。会員専用ページ <http://www.asaishikai.jp/member/index.html>

(ID asa14 パスワード medical)

西暦 年 月 日

広島県医師会事務局 あて
 FAX：082-568-2112
 締切日：2022年9月30日（金）必着

【申請者】

都道府県コード

--	--

 点数表コード

--	--	--	--	--	--

保険医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--

保険医療機関名称 _____

担当者氏名 _____

電話番号 _____

メールアドレス _____

オンライン資格確認等顔認証付きカードリーダー提供申請書

「保険医療機関等向け医療提供体制設備整備交付金実施要領」の「第2 交付対象事業」の2に規定される顔認証付きカードリーダーについて、同実施要領の「第5 交付の条件」に規定される条件を理解した上で、同実施要領の「第6 申請手続き」の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

1 顔認証付きカードリーダー（必須）

			希望順位	
メーカー名	製品名(型番)	台数	第一	第二
富士通	C a o r a			
メーカー名	製品名(型番)	台数	第一	第二
パナソニック	顔認証付きカードリーダー			
メーカー名	製品名(型番)	台数	第一	第二
アルメックス	S m a - p a マイタッチ (ホワイト)			
メーカー名	製品名(型番)	台数	第一	第二
キヤノン	H i - C A R A			
メーカー名	製品名(型番)	台数	第一	第二
アトラス	E X C - 9000			

※病院は最高3台、診療所・薬局は1台申込みができます。

※第一希望機種の右枠「第一」の欄に☑を、第二希望機種の右枠「第二」の欄に☑を付してください。

※申請書提出後のキャンセル・機種変更はできませんのでご了承ください。また、メーカーの在庫によって、ご希望の機種を提供することができない場合がございます（その場合は、社会保険診療報酬支払基金から別途ご連絡いたします）。

※受付が完了した場合は、記載いただいたメールアドレスにメールにて報告いたします。

2 オンライン資格確認導入(予定)時期（必須）

西暦 年 月 導入予定

3 レセプトのオンライン請求について（必須）

導入している

未導入（導入予定あり） \Rightarrow 西暦 年 月 導入予定

導入予定なし