埼医業Ⅱ第２０１６号
令和２年１２月１６日

郡市・大学医師会長　殿
（情報システム担当理事
医療保険担当理事）

埼玉県医師会長　金井忠男
（担当常任理事　小室保尚）

オンライン資格確認等システム利用申請の書面での申請受付について
（協力依頼）

標記の件について、日本医師会から通知がありました。

つきましては、貴会におかれましてもご了知いただき、会員への周知方にご高配くださいますようお願い申し上げます。

なお、参考までに本通知を本会ホームページに掲載いたしましたので、ご活用ください。

【参考】

ホームページアドレス　http://www.saitama.med.or.jp/hoken/iryouhoken/index.html

担　当：埼玉県医師会業務Ⅱ課（飯野）
電　話：０４８－８２４－２６１１
ＦＡＸ：０４８－８２２－８５１５

加入潮医師会 収受 2.12.18 第1110号

写

（保 290）（情シ 43）
令和 2 年 12 月 15 日

都道府県医師会　担当理事　殿

日本医師会　常任理事
松 本 吉 郎
長 島 公 之
（公印省略）

オンライン資格確認等システム利用申請の書面での申請受付について（協力依頼）

時下ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

さて、厚生労働省保険局医療介護連携政策課より、標記に関する情報提供及び周知方協力依頼がまいりました。

令和 3 年 3 月開始予定のオンライン資格確認を医療機関等が導入するためには、システムの運営主体を担っている社会保険診療報酬支払基金（以下、支払基金）・国民健康保険中央会への申請が必要となります。

これまで、支払基金が運営する「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/）にユーザー登録いただき、オンライン上で各種手続きを行う申請方法のご案内を差し上げてきたところですが、この度、新たに書面による利用申請受付が 12 月 10 日より開始されるとの案内が参りました。

また、利用申請の前段階で行っていただくことになる、顔認証付きカードリーダーの申込についても先行して書面申請が開始されていることから、今回併せてのご案内となります。

12 月 3 日付（保 276・情シ 39）でもご連絡いたしました通り、令和 3 年 3 月末までに顔認証付きカードリーダーを申し込んだ医療機関に対しては、顔認証付きカードリーダーの無償提供（診療所 1 台、病院は 3 台まで）と共に、その他の費用については基準とする事業額を上限に実費補助されることになりましたが、オンライン上での手続でのご案内だったため、敷居の高さを感じておられる会員も多いかと存じます。

貴会におかれましても、本件についてご了知いただくと共に、貴会管下の郡市区等医師会ならびに会員への周知方につき、是非、ご高配を賜りますようお願い申し上げます。

以上

記

【別添資料】

・令和２年 12 月９日付日医宛て厚生労働省保険局医療介護連携政策課名事務連絡
「オンライン資格確認等システム利用申請の書面での申請受付について（協力依頼）」

・【別添 1】オンライン資格確認利用に関する申請書一式（医療機関用支払基金宛て）
別紙１：接続利用回線一覧表／別紙２：お客さま ID の確認方法

・【別添 2】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
（病院用／診療所・薬局用／コード一覧）

以上

【参　考】

◆オンライン資格確認等システム導入におけるシステム事業者の不適切対応事例を収集しています

オンライン資格確認を導入される医療機関は、事前に、既存の院内システムを導入したシステム事業者（ベンダー）と十分にご相談いただく必要がありますが、その際、不当に高額な見積もりが提示される事例があると聞いております。

つきましては、日本医師会として、システム事業者による高額見積もり等の不適切対応事例を収集して、その情報を随時厚生労働省に提供し、問題があるシステム事業者に対して働きかけを行ってもらうべく、日医ホームページ・メンバーズルーム内に「オンライン資格確認等システム導入に関するシステム事業者の不適切対応事例・受付フォーム」をご用意しております。

一般的には、余程カスタマイズされたレセコンや電子カルテを運用していない限りは、概ねカードリーダー1 台の場合の上限事業額（病院 210.1 万円、診療所 42.9 万円）に近い金額の見積もりが提示されるケースが多いと思われます。

この金額を大きく上回るような、納得のいかない見積もりが提示された場合には、下記専用フォームから情報をお寄せいただきたく、お願い申し上げます。

【不適切対応事例受付フォーム（日医ホームページ・メンバーズルーム内）】
http://www.med.or.jp/japanese/members/info/jirei.html

事　務　連　絡
令和２年 12 月９日

公益社団法人日本医師会　御中

厚生労働省保険局医療介護連携政策課

オンライン資格確認等システム利用申請の書面での申請受付について
（協力依頼）

日頃より、貴会におかれては、医療保険行政の推進にご協力いただき、厚く御礼を申し上げます。

また、日々の新型コロナウイルス感染症への対応にご尽力いただき、誠にありがとうございます。

令和２年 10 月 15 日付事務連絡「オンライン資格確認等システムの利用申請及びセキュリティについて（協力依頼）」にてご案内しましたとおり、すでにオンライン資格確認の利用申請受付が始まっているところ、当該申請を書面で行う場合の手続き方法を以下のとおりご案内いたします。

また、すでに受付開始となっている顔認証付きカードリーダーの申込につきましても、以下のとおり書面でも受付ておりますのであわせてご案内いたします。

なお、いずれの申請におきましても、オンライン資格確認に係る「医療機関等向けポータルサイト」（ https://www.iryohokenjyoho portalsite.jp/）において、WEB での申請も受け付けております。

つきましては、貴会会員の皆様にお知らせ頂きますよう、お願い申し上げます。

記

○　オンライン資格確認等システム利用申請の書面での申請受付について

書面申請受付開予定始日	令和２年 12 月 10 日
申請書	別添１のとおり ※オンライン資格確認に係る「医療機関等向けポータルサイト」にも掲載しています
申請書の送付先	〒105-0004 東京都港区新橋２丁目１番３号 社会保険診療報酬支払基金 オンライン資格確認等システム開発準備室 オンライン資格確認開発課　宛

その他	申請受理後、概ね15日程度でオンライン資格確認等システムを利用する際に必要となる「オンライン資格確認等システムマスタアカウント(ログイン ID)※」、「電子証明書発行通知書」を送付します。 ※マスタアカウント（ログインID）とは、オンライン資格確認等システムに最初にログインする際に必要となるIDのことです。

○　（ご参考）顔認証付きカードリーダーの書面申込について

申請書	別添２のとおり ※オンライン資格確認に係る「医療機関等向けポータルサイト」（https://www.iryohokenjyoho-portalsite.jp/download/post-4.html）に掲載している「顔認証付きカードリーダー申込様式」にも掲載しております
申請書送付先	〒105-0004 東京都港区新橋２丁目１番３号 社会保険診療報酬支払基金 オンライン資格確認等システム開発準備室 医療情報化支援課　宛
その他	オンライン資格確認に係る「医療機関等向けポータルサイト」（ https://www.iryohokenjyoho portalsite.jp/）においても、引き続き、WEB申請を受け付けております。

【問い合わせ先】
厚生労働省保険局
医療介護連携政策課保険データ企画室
E-mail: suisin@mhlw.go.jp

別添１

西暦　　年　　月　　日

医療保険情報提供等実施機関　御中

医療機関等名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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」に基づき申請します。

なお、医療保険情報提供等実施機関の「オンライン資格確認等システム利用規約」及び「オンライン請求ネットワーク関連システム共通認証局運用規程」に同意します。[注1]

【基本項目】

医療機関等コード	都道府県	点数表	機関コード	
開設者氏名				
電話番号		メールアドレス ※ない場合は記入不要		
担当者名				

【オンライン資格確認利用申請項目】

接続利用回線	ＩＰ－ＶＰＮ接続　・　インターネット接続（IP-sec+IKE）				
お客さまID ※IP-VPN接続でNTT回線を（光ｺﾗﾎﾞﾚｰｼｮﾝ含）ご利用の場合に記入してください。	どちらかを記入	C	A	F	
		C	O	P	
利用開始予定年月	西暦　　年　　月 ※オンライン資格確認等システムの利用開始予定年月（2021年3月以降）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　　年　　月				
秘密の番号 ※任意の数字4桁を記入してください。	※マスタアカウント（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）	□　診療（調剤）報酬支払額から控除することを希望します □　払込請求書による振込みを希望します ※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	
	２台目	

注１　「規約」及び「規程」は医療機関等ポータルサイトの「各種資料ダウンロード」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。（３台以上の場合は裏面へ記入）

※電子証明書が３台以上必要な場合に記入してください。

項番	電子証明書を設定する端末の名称等
３台目	
４台目	
５台目	
６台目	
７台目	
８台目	
９台目	
１０台目	

【記載例】

西暦〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

医療保険情報提供等実施機関　御中

医療機関等名　**基金歯科クリニック**

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」に基づき申請します。

なお、医療保険情報提供等実施機関の「オンライン資格確認等システム利用規約」及び「オンライン請求ネットワーク関連システム共通認証局運用規程」に同意します。[注1]

【基本項目】

医療機関等コード	都道府県		点数表	機関コード										
	1	3	3	1	2	3	4	5	6	7				
	基金太郎													
	03-1234-5678			メールアドレス ※ない場合は記入不要							〇〇〇@△△.or.jp			
担当者	基金花子													

Point①
別紙１を参考に接続利用回線を選択してください。

【オンライン資格確認利用申請項目】

接続利用回線	IP-VPN接続 ・ インターネット接続（IP-sec+IKE）													
お客さまID ※IP-VPN接続でNTT回線を（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	どちらかを記入	C	A	F	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
		C	O	P										
利用開始年月	西暦 2021 年 3 月													
	※オンライン資格確認等システムの利用開始予定年月（2021年3月以降）を記入してください。													
利用申請年月	西暦 2021 年 2 月													
秘密の番号 ※任意の数字4桁を記入してください。	9	1	2	3										
	※マスタアカウント（ログインID）のパスワードを再発行する際に必要となりますので失念しないようにご留意願います。													

Point②
お客さまIDが不明な場合の確認方法については別紙２をご確認ください。

Point③
任意の数字４桁を記入してください。

【電子証明書発行申請項目】

電子証明書発行料（更新料）	☑ 診療（調剤）報酬支払額から控除することを希望します ☐ 払込請求書による振込みを希望します ※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	資格確認端末1
	２台目	

Point④
電子証明書は端末１台につき１枚必要です。

注１　「規約」及び「規程」は医療機関等ポータルサイトの「各種　　す。

注２　電子証明書は端末毎に発行申請が必要です。（３台以上の場

【記載例】

※電子証明書が３台以上必要な場合に記入してください。

項番	電子証明書を設定する端末の名称等
３台目	
４台目	
５台目	
６台目	
７台目	
８台目	
９台目	
１０台目	

別紙1

接続利用回線一覧表

2020年9月1日現在

■ＩＰ－ＶＰＮ接続回線

No.	事業者名	回線種別	サービス名	お客さまID	お客様IDに関する問合せ先
1	ＮＴＴ東日本・西日本	フレッツ 光ネクスト	ファミリータイプ	あり	ＮＴＴ東日本、西日本共通 ・電話番号 ０１２０－１１６－１１６ ・受付時間 9:00～17:00(年末年始を除く)
2			ファミリー・ハイスピードタイプ		
3			ファミリー・スーパーハイスピードタイプ隼		
4			ギガファミリー・スマートタイプ		
5			ファミリー・ギガラインタイプ		
6			マンションタイプ		
7			マンション・ハイスピードタイプ		
8			マンション・スーパーハイスピードタイプ隼		
9			ギガマンション・スマートタイプ		
10			マンション・ギガラインタイプ		
11			ビジネスタイプ		
12			プライオ１０		
13			プライオ１		
14		フレッツ 光クロス	-		
15		フレッツ 光ライト	ファミリータイプ		
16			マンションタイプ		
17		フレッツ 光ライトプラス	-		
18	光コラボレーション事業者 等	コラボレーション事業者が提供しているサービス名等は、以下のホームページにてご確認頂くことが可能です。 東日本エリア https://flets.com/collabo/list/ 西日本エリア https://flets-w.com/collabo/list/index.php			光コラボレーション事業者へお問合せをお願いします
19	中部テレコミュニケーション株式会社（ＣＴＣ）	ビジネスコミュファ光	ビジネスコミュファプロ	なし	－
20			ビジネスコミュファライト		
21	株式会社ＱＴｎｅｔ	ＢＢＩＱ	ホームタイプ		－
22			マンションタイプ		
23			オフィスタイプ		
24			プラスタイプ		

■インターネット接続（ＩＰｓｅｃ＋ＩＫＥ提供事業者）

No.	事業者名	サービス名	お客さまID	お客様IDに関する問合せ先
1	株式会社ＮＴＴＰＣコミュニケーションズ	ＩＰ－Ｍｅｍｂｅｒｓ	なし	－
2	株式会社ＮＴＴデータ	オンライン資格確認接続サービス		－
3	富士通株式会社	FENICSⅡ ユニバーサルコネクトアドバンス メディカルVPN接続サービス（仮称）		－
4	三菱電機インフォメーションネットワーク株式会社	セキュアネットワークサービス＜オンライン資格確認＞（仮称）		－

お客さまIDの確認方法

別紙2

- お客さまIDとは、フレッツ・アクセスサービス（回線認証通知サービスの対象回線であるフレッツ 光ネクスト）のご契約時に払い出される、半角英字上位3桁が『CAF』＋数字10桁または半角英字上位3桁が『COP』＋数字8桁の組み合わせからなる、お客さま固有のIDです。
  西日本の場合、半角英字上位3桁が『CAF』＋数字10桁の組み合わせとなります。
  例：CAF＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊　COP＊＊＊＊＊＊＊＊
  ※『CAF』『COP』は半角**大文字**英字です。申請時にはご注意ください。
- コラボ光（※）をご契約中の方は光コラボレーション事業者さまから提供されている開通のご案内書などでご確認いただけます。コラボ光（※）をご利用の方でお客さまIDが不明な場合は、光コラボレーション事業者さまへお問い合わせください。
  ※光コラボレーション事業者が提供するFTTHアクセスサービス

[NTT東日本エリア]
北海道、青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県、茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、新潟県、山梨県、長野県
[NTT西日本エリア]
富山県、石川県、福井県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県、鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県、徳島県、香川県、愛媛県、高知県、福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県

お客さまIDの確認方法（東日本）

①**「開通のご案内」**を確認
⇒回線のご契約時に契約者様宛に送付しております「開通のご案内」に、「お客さまID」の記載がありますのでご確認ください。
※参考URL：https://flets.com/key/



「開通のご案内」のイメージ

②**ご利用になる回線の回線終端装置（ONU）**を確認
⇒お客さまがご利用中のONU（回線終端装置）に貼付しているシール等に「CAF・・・」「COP・・・」から始まる英数字の記載があるかご確認ください。
※写真の機種は一例です。色や形状が異なる場合もございます。※回線終端装置（ONU）には記載がない場合もございます。

(例)


回線終端装置（ONU）
NTTマーク が付いています。


側面に貼付されている
シール



お客さまIDが記載されています。

③ ①②の方法で確認できない場合
⇒**NTT東日本**（フレッツ光の契約情報の確認窓口）宛にご連絡ください。

ご連絡先 **0120-116-116**
（受付時間：午前9時～午後5時　年末年始を除く）

お客さまIDの確認方法（西日本）

①**「お申し込み内容のご案内」**を確認
⇒回線のご契約時に契約者様宛に送付しております
「お申し込み内容のご案内」に、「お客さまID」の記載が
ありますのでご確認ください。
※参考URL：https://flets-w.com/user/about_id/



「お申込み内容のご案内」のイメージ

②**ご利用になる回線の回線終端装置（ONU）**を確認
⇒お客さまがご利用中のONU（回線終端装置）に貼付しているシール等に「CAF・・・」から
始まる英数字の記載があるかご確認ください。
※写真の機種は一例です。色や形状が異なる場合もございます。
※回線終端装置（ONU）には記載がない場合もございます。

(例)



回線終端装置（ONU）
NTTマーク が付いています。



側面に貼付されている
シール



お客さまIDが記載されています。

③ ①②の方法で確認できない場合
⇒**NTT西日本**（フレッツ光の契約情報の確認窓口）宛にご連絡ください。

ご連絡先 **0120-116-116**
（受付時間：午前9時～午後5時　年末年始を除く）

別添2

別紙様式1（1）　　西暦　　年　　月　　日

社会保険診療報酬支払基金理事長　あて

【申請者】

都道府県コード			点数表コード					
医療機関コード								

保険医療機関名称

開設者氏名

所在地　〒

電話番号

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(病院用)

「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 事業を実施する場合の条件」の1及び2に規定される条件を理解した上で、同実施要領の「第7 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）

メーカー名	製品名(型番)	台数

メーカー名	製品名(型番)	台数

メーカー名	製品名(型番)	台数

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）　□導入予定なし

※未導入（導入予定あり）を選択された方

西暦　　年　　月　導入予定

4　電子カルテシステムの導入

□導入している　□未導入（導入予定あり）　□導入予定なし

※未導入（導入予定あり）を選択された方

西暦　　年　　月　導入予定

＊都道府県コード・点数表コードは別添の一覧をご参照ください。

別紙様式1（2）　　西暦　　年　　月　　日

社会保険診療報酬支払基金理事長　あて

【申請者】
都道府県コード　　点数表コード
医療機関等コード
保険医療機関等名称
開設者氏名
所在地　〒

電話番号

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（診療所・薬局用）

「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 事業を実施する場合の条件」の1及び2に規定される条件を理解した上で、同実施要領の「第7 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）

メーカー名	製品名（型番）

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）　□導入予定なし

※未導入（導入予定あり）を選択された方

西暦　　年　　月　導入予定

4　電子カルテシステムの導入（保険薬局を除く）

□導入している　□未導入（導入予定あり）　□導入予定なし

※未導入（導入予定あり）を選択された方

西暦　　年　　月　導入予定

5　調剤システムの導入（保険薬局）

□導入している　□未導入（導入予定あり）　□導入予定なし

※未導入（導入予定あり）を選択された方

西暦　　年　　月　導入予定

＊都道府県コード・点数表コードは別添の一覧をご参照ください。

（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

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		