

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

--	--

保険医療機関等コード

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

保険医療機関等名称 _____

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)

メーカー名	製品名(型番)	台数
富士通	C a o r a	

メーカー名	製品名(型番)	台数
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
アルメックス	S m a - p a マイナタッチ (ホワイト)	

メーカー名	製品名(型番)	台数
キャノン	H i - C A R A	

※病院は最高3台、診療所・薬局は1台申込みができます。

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) ⇒ 西暦 年 月 導入予定
 ※未導入 (導入予定あり) を選択された方

導入予定なし

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) ⇒ 西暦 年 月 導入予定
 ※未導入 (導入予定あり) を選択された方

導入予定なし