

医療機関等の住所、名称等

令和 5 年 2 月 3 日
厚生労働省
社会保険診療報酬支払基金

オンライン資格確認 医療機関等向けポータルサイトへのアカウント登録のご案内について

平素は、厚生労働省・社会保険診療報酬支払基金の事業運営につきまして、格別のご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

オンライン資格確認の導入を原則義務化とすることについては、保険医療機関及び保険医療養担当規則（いわゆる療担規則）等において規定されており、令和 5 年 4 月 1 日より施行されます。医療機関等向けポータルサイトでは、オンライン資格確認等システムやオンライン資格確認等システムの基盤を活用した電子処方箋等に関する情報発信や、導入を進めていただくにあたり必要な各種申請手続きを行うことができますので、**アカウント登録をお願いいたします。**

また、令和 5 年 4 月からオンライン資格確認の導入が原則義務付けられているところ、令和 5 年 1 月 17 日に療養担当規則等の一部を改正する省令が公布され、**令和 4 年度末時点でやむを得ない事情がある保険医療機関・薬局は届出を行うことにより、一定期間、導入の義務が猶予される経過措置が設けられることとなりました。**経過措置の届出については、医療機関等向けポータルサイトから行うことができますので、経過措置の対象となる保険医療機関・薬局は、**遅くとも令和 5 年 3 月 31 日までにあらかじめアカウント登録を行った上で「医療機関等向けポータルサイト」から事前届出を行ってください。**経過措置等の詳細は、医療機関等向けポータルサイトに掲載しております。

「医療機関等向けポータルサイト」へのアカウント登録をお願いいたします。

下記の仮メールアドレス・パスワードでログインし、アカウント登録をお願いします。（登録方法は裏面参照）
なお、皆様の登録作業簡素化のため、支払基金で把握している内容（開設者名等）は登録済です。

＜（医療機関名）における仮メールアドレス・パスワード＞

仮メールアドレス	4XXXXXXXX@01
仮パスワード	pa4XXXXXXXX0

※ 仮メールアドレス・パスワードは貴医療機関・薬局がログインするために支払基金が発行したものです。
アカウント登録の際に、貴医療機関・薬局のメールアドレス、任意のパスワードに変更してください。

※ 当文書については令和 5 年 1 月 15 日時点においてアカウント登録を行っていない医療機関・薬局の皆様へ送付しております。既にアカウント登録を了している医療機関・薬局の皆様は改めてのアカウント登録は不要ですのでご容赦願います。

※ 当文書については、オンライン資格確認の原則義務化対象外となっている医療機関・薬局の皆様にも送付しております。今後、オンライン資格確認等システムの基盤を利用したサービス等の情報も随時、医療機関等向けポータルサイトでご案内しますので、ぜひご登録ください。

「医療機関等向けポータルサイト」アカウント登録方法



こちらのQRコードからアカウント登録の手続きができます

① 検索サイト等で「医療機関ポータル」と検索、または右上のQRコードを読み取りください。

② 医療機関等向けポータルサイトを開き、画面上部の右側の「すでにアカウントをお持ちの方はログイン」をクリックしてください。

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

音声読みあげ ふりがな 表示色 A A A 文字サイズ 小 中 大

サイト内検索 Q キーワードを入力 検索

オンライン資格確認ってなに?	アカウント登録される方	利用申請・補助申請される方	よくあるお問い合わせ	各種資料ダウンロード
----------------	-------------	---------------	------------	------------

オンライン資格確認利用・補助申請をするには、アカウント登録が必要です。

オンライン資格確認利用・補助申請は、専用ページにてお手続きください。

初めてご利用になる方 (アカウント登録)

すでにアカウントをお持ちの方はログイン

③ 表面記載の仮メールアドレス・仮パスワードを、それぞれ「メールアドレス・パスワード欄」に入力し、「ログイン」をクリックしてください。

医療機関等向けポータルサイト

メールアドレス

パスワード

ログイン

④ ログイン後、「アカウント情報編集」をクリックしてください。

あなたの情報

アカウント情報編集

⑤ 現在登録されている貴医療機関・薬局の情報について、次のとおり変更・確認をして、「確認画面に進む」をクリックしてください。

医療機関等向けポータルサイト

都道府県名 必須	東京都
点数表コード 必須	4調剤
医療機関等コード 必須	7文字で入力してください。 9999999
医療機関等名 必須	200文字以下で入力してください。 サンプル医療機関
開設者氏名 必須	200文字以下で入力してください。 サンプル太郎
電話番号 必須	すべて半角で「数字-数字-数字」の形式で入力してください。 03-0000-0000
担当者名 必須	支払基金
メールアドレス 必須	sample123@example.com
メールアドレス(確認)	sample123@example.com
パスワード	半角英数字のみ、8文字以上で設定してください。などの記
パスワード(確認)	

登録内容をご確認いただき、変更が必要な項目があれば変更してください。なお、「都道府県名」欄、「点数表コード」欄、「医療機関等コード」欄は変更できません。

「担当者名」欄は支払基金と表示されていますので、貴医療機関・薬局におけるご担当者名に変更してください。

「メールアドレス」欄は表面の仮メールアドレスが表示されていますので、貴医療機関・薬局のメールアドレスに変更してください。

※メールアドレスを変更いただくことで、今後、オンライン資格確認に関する必要な情報をご登録いただいたメールアドレスに送信いたします。

マイページに戻る 確認画面へ進む

「パスワード」欄は空白になっていますので、貴医療機関・薬局が任意に設定するパスワードを入力してください。

⑥ 変更内容が反映されているかご確認いただき、「上記の内容に同意して確定する」をクリックしてください。以上で完了です。

入力画面に戻る 上記の内容に同意して確定する

本件に関して、ご不明な点がある場合は、オンライン資格確認等コールセンターまでご連絡ください。

☎ : 0800-0804583 (通話無料) 月曜日～金曜日 8:00～18:00 土曜日 8:00～16:00 (いずれも祝日を除く)