

日 薬 業 発 第 389 号
令和 2 年 12 月 15 日

都道府県薬剤師会 担当役員 殿

日 本 薬 剤 師 会
副 会 長 森 昌 平

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)

標記につきまして、厚生労働省保険局医療介護連携政策課より連絡がありましたのでお知らせいたします。

「オンライン資格確認」の開始に向けたお知らせについては、令和 2 年 10 月 16 日付け日薬業発第 317 号ほかにてお知らせしたところです。

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ですが、当該申請を書面で行う場合の手続き方法や、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等につきまして、別添のとおり案内が参りました。

つきましては、貴会会員へご周知下さいますようお願い申し上げます。

事務連絡
令和2年12月9日

公益社団法人日本薬剤師会 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し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 | <p>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。</p> <p>※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。</p> |
|-----|---|

○ (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 | <p>別添 2 のとおり</p> <p>※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</p> |
| 申請書送付先 | <p>〒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</p> |
| その他 | <p>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。</p> |

【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

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 | I P - V P N 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 | | |
| | | 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。 失念しないようご注意ください。 | | | | | |

【電子証明書発行申請項目】

| | | | | | | |
|-------------------|---|-----|--|--|--|--|
| 電子証明書 発行料(更新料) | <input type="checkbox"/> 診療(調剤)報酬支払額から控除することを希望します <input type="checkbox"/> 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 |
| Point① 別紙1を参考に接続利用回線を選択してください。 | 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 | | |
| | 基金花子 | | | | | | | | | |

【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(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 | どちらかを入力 | C | A | F | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| | | C | O | P | | | | | | | | | | |
| 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。 | 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。 | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | Point③ 任意の数字4桁を記入してください。 | | | | | | | | | |
| | ※マスターアカウント(ログインID)のパスワードを再発行す 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) | <input checked="" type="checkbox"/> 診療(調剤)報酬支払額から控除することを希望します <input type="checkbox"/> 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 | | | | | | | | | | | | | |

注1 「規約」及び「規程」は医療機関等ポータルサイトの「各種」
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

Point④
電子証明書は端末1台につき1枚必要です。

す。

【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 | | | | | | | | | | | | | |

接続利用回線一覧表

2020年9月1日現在

■ I P - V P N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 | N T T 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 | N T T 東日本、西日本共通 ・電話番号 0 1 2 0 - 1 1 6 - 1 1 6 ・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集 | | |
| 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集 | | |
| 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 (C T C) | 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Q T n e t | B B I Q | 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 (I P s e c + I K E 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N T T P C コミュニケーションズ | I P - M e m b e r s | なし | - |
| 2 | 株式会社N T T 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 | FENICS II ユニバーサルコネクアドバンス 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

- 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/>

| お客さま情報 | |
|-----------|-----------|
| ご契約番号 | ***** |
| ご利用場所住所 | 東京都 ***** |
| お客さまID | CAF***** |
| アクセスキー | ***** |
| 工事情報 | ***** |
| メール情報 | ***** |
| ご登録アドレス | ***** |
| 請求書お振込み番号 | ***** |


「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。



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/



「お申し込み内容のご案内」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）

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。

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 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 点数表コード | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 医療機関等コード | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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) |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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 | | |