

別紙

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

--	--

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) ⇨ 西暦

--

 年

--

 月 導入予定

導入予定なし