

静医発第 1180 号  
令和 4 年 9 月 15 日

郡市医師会長様

一般社団法人静岡県医師会  
会長 紀平 幸一

地域におけるオンライン資格確認に関する説明会の開催及び  
顔認証付きカードリーダーの紙申請とりまとめに関するお願い

時下ますます御清栄のこととお慶び申し上げます。

オンライン資格確認導入に関する説明会（令和 4 年 9 月 20 日）の開催につきましては、令和 4 年 9 月 9 日付け静医発第 1133 号にて、御通知したところですが、今般、標記の件につきまして、日本医師会常任理事から別添のとおり通知がありましたので、御連絡申し上げます。

顔認証付きカードリーダーは、医療機関等向けポータルサイトから申請いただくことになっておりますが、ポータルサイトへのアクセスが困難な医療機関にも速やかに申請いただけるよう、紙（別添様式 2）による申請が期間限定で受付られることとなりました。

紙での申請を希望する会員がいらっしゃいましたら、本会経由で、社会保険診療報酬支払基金（情報化支援部医療情報化支援助成課）に提出いたしますので、御多忙の折恐縮ですが、貴会にておとりまとめいただき、電子メール、FAX 等にて、令和 4 年 10 月 4 日（火）（必着）までに、本会事務局医療介護連携課宛に御提出いただきますようよろしくお願い申し上げます。

日本医師会が令和 4 年 9 月 8 日に開催した「令和 4 年度都道府県医師会社会保険・情報システム担当理事連絡協議会」の録画映像の動画ファイル・資料が、日本医師会ホームページのメンバーズルームに掲載されておりますので、あわせて御連絡申し上げます。

[https://www.med.or.jp/japanese/members/flv\\_movie/20220908onshi/](https://www.med.or.jp/japanese/members/flv_movie/20220908onshi/)

※日本医師会ホームページのメンバーズルームには、ID・PW の入力が必要です。

つきましては、貴職におかれましても本件について御了知いただき、貴会会員への周知に御高配を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

なお、本件につきましては、本会ホームページの「会員専用ページ」に掲載いたします。

静岡県医師会事務局 医療介護連携課 医療介護連携係 入野 TEL: 054-207-8582 FAX: 054-246-8140 E-mail: irino@jim.shizuoka.med.or.jp
---



日医発第 1120 号(情シ)(保険)  
令和 4 年 9 月 9 日

都道府県医師会 担当理事 殿

日本医師会 常任理事  
長 島 公 之  
(公印省略)

地域におけるオンライン資格確認に関する説明会の開催及び  
顔認証付きカードリーダーの紙申請とりまとめに関するお願い

平素より本会会務の運営に特段のご理解・ご支援を賜り厚く御礼申し上げます。

オンライン資格確認につきましては、令和 4 年 8 月 18 日付日医発第 928 号(情シ・保険)「オンライン資格確認の原則義務化の概要及び医療機関等向けオンライン説明会の開催について」にて、原則義務化の内容のご説明を、令和 4 年 8 月 30 日付日医発第 1014 号(情シ・保険)「オンライン資格確認導入のための見積取得に関する会員への周知徹底のお願い」にて、オンライン資格確認導入に向けた見積取得と日医相談窓口への情報提供をお願いさせていただいたところ です。

日本医師会が令和 4 年 9 月 8 日に開催した「令和 4 年度都道府県医師会社会保険・情報システム担当理事連絡協議会」の際に、厚生労働省から概要の説明がございましたが、今回、令和 4 年 9 月 9 日付け厚生労働省保険局医療介護連携政策課名の事務連絡「「オンライン資格確認」の早期申込・早期導入に向けた取組について(協力依頼)」にて、日本医師会に協力依頼が参りました。

## 1 地域におけるオンライン資格確認に関する説明会開催のお願い

都道府県医師会、郡市区医師会において、オンライン資格確認に関する説明会を開催いただき、会員の先生方のオンライン資格確認へのご理解を深めていただくと共に、導入促進についての働きかけをいただきたく、お願い申し上げます。

説明会でそのまま上映いただけるよう、上記連絡協議会の録画映像の動画ファイル・資料を日医ホームページ・メンバーズルームにご用意いたしました。そちらをダウンロード、ご活用いただきたく、よろしくお願い申し上げます。また、厚生労働省等が医療機関等向けポータルサイトで提供している動画・資料につきましても、適宜ご活用いただければと存じます(URL等は別紙1をご参照ください)。

また、日医相談窓口にも、カードリーダーの実物を確認したいとのご要望も寄せられているところですが、説明会を開催いただくにあたって、別添様式1により厚生労働省にご連絡をいただくことで、顔認証付きカードリーダーのデモ等を行うことが可

能とのことです。オンラインでなく、会場を設けて実地開催される場合には、デモについてもご検討いただけますと幸いです。

## 2 顔認証付きカードリーダーの紙申請のとりまとめのお願い

顔認証付きカードリーダーは、医療機関等向けポータルサイトから申請いただくことになっておりますが、ポータルサイトへのアクセスが困難な医療機関にも速やかに申請いただけるよう、別添様式2により、都道府県単位でとりまとめいただくことで、紙による申請を期間限定で受付するとのことです。提出先は、社会保険診療報酬支払基金（情報化支援部医療情報化支援助成課）となり、「9月30日（金）（必着）」とされておりますが、期間が非常に短いことから、締切が過ぎた後でも受領いただけるよう厚生労働省に申し入れを行ったところ、**10月7日（金）を最終的な締切**として提示いただいております。ただし、ポータルサイトからの通常の申請よりも処理に時間がかかってしまうことから、可能であれば、9月30日時点で集まっている申請につきましては、一旦お送りいただきたいとのことです。

つきましては、貴会におかれましても、是非とも、地域におけるオンライン資格確認に関する説明会の開催及び顔認証付きカードリーダーの紙申請のとりまとめに格段のご協力を賜ると共に、開催やとりまとめをいただける場合には、その旨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、ご高配を賜りますようお願い申し上げます。

### 【別添資料】

- ・ 令和4年9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」の早期申込・早期導入に向けた取組について（協力依頼）」
- ・ 別紙1：オンライン資格確認に関する説明会をご利用いただける動画・資料
- ・ 別紙2：オンライン資格確認導入に向けたフローチャート
- ・ 別添様式1：顔認証付きカードリーダーメーカー デモンストレーション会 申請書
- ・ 別添様式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

事務連絡  
令和4年9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」の早期申込・早期導入に向けた取組について  
(協力依頼)

日頃より、医療行政の推進にご協力いただき、厚く御礼申し上げます。

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。

患者の医療情報を有効に活用して、安心・安全でより良い医療を提供していくための医療DXの基盤となる「オンライン資格確認」については、「経済財政運営と改革の基本方針2022」(令和4年6月7日閣議決定)において、別添1のとおり、「保険医療機関・薬局に、2023年4月から導入を原則として義務付ける」「導入が進み、患者によるマイナンバーカードの保険証利用が進むよう、関連する支援等の措置を見直す(診療報酬上の加算の取扱いについては、中央社会保険医療協議会において検討)」「2024年度中を目途に保険者による保険証発行の選択制の導入を目指し、さらにオンライン資格確認の導入状況等を踏まえ、保険証の原則廃止を目指す(加入者から申請があれば保険証は交付される)」と決定されていたところです。

このたび、当該閣議決定を踏まえ、8月10日(水)に開催された中央社会保険医療協議会において、別添2のとおり、①オンライン資格確認の原則義務化の具体的な内容、②補助金の拡充、③診療報酬上の加算の取扱いの見直しについて、答申、公表されました。

今後、厚生労働省としても、当該内容の周知を行うとともに、来年3月末までの導入に向けた計画策定などシステム事業者への働きかけ等を行っていくこととしておりますが、貴団体においても、この内容について周知を行うとともに、令和5年4月からの原則義務化に向け、各医療機関・薬局が極力早期に顔認証付きカードリーダーの申込みをしていただけるよう、また、運用開始に向けた準備を進め運用を開始していただけるよう、下記のような取組について、ご協力いただきますよう、お願い申し上げます。

記

1 説明会開催の呼びかけについて

会員各位の各種会合において、オンライン資格確認に関する説明会を開催し、医療機関・薬局からの申込みを促進していただけるよう、会員各位への働きか

けをお願い申し上げます。

その際、別添様式1により厚生労働省にご連絡をいただくことで、当該説明会において顔認証付きカードリーダーのデモ等を行うとともに、その場で申込みを行うことができるよう調整いたします。申込みに当たっては、各医療機関・薬局からポータルサイトにログインいただく必要がありますので、ポータルサイトに登録いただいたメールアドレス及びパスワードを準備いただくよう会員各位への周知をお願いいたします。

なお、ポータルサイトにアカウントを登録されていない医療機関・薬局におかれましては、8月10日に社会保険診療報酬支払基金から簡易書留で送付いたしました「オンライン資格確認 医療機関等ポータルサイトへのアカウント登録のご案内について」（青封筒）を持参いただきますよう、会員各位へのご案内をお願いいたします。

## 2 紙での申込みの取りまとめについて

ポータルサイトへのアクセスが困難である等の事情を有する医療機関・薬局が速やかに申込みすることができるよう、希望する施設による顔認証付きカードリーダーの紙申請について、別添様式2により都道府県単位でとりまとめ、支払基金に提出していただきますようお願い申し上げます。早期の申込みを促すため、また、事務処理の関係上、とりまとめていただいた紙申請書は9月30日（金）（必着）までに社会保険診療報酬支払基金（情報化支援部医療情報化支援助成課）宛てにご提出をお願いいたします。

※ 紙申請書は、社会保険診療報酬支払基金でとりまとめられた後、10月以降、順次受付し登録作業を行うため、直接ポータルサイトから申し込む医療機関・薬局と比較してタイムラグが生じる点について、予めご了承くださいとともに、会員各位へのご説明のほどをお願いいたします。

※ 市町村単位での申込率は厚生労働省ホームページで公表しています。  
([https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_08280.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08280.html))

## 3 その他周知・働きかけの実施

その他、各都道府県情報担当理事や既導入施設から未申込施設への働きかけや、会報等による周知など、様々な手段による周知・働きかけを実施していただけるよう、お願い申し上げます。

ご不明な点がございましたら、下記問合せ先までご連絡ください。  
何卒、よろしくお願い申し上げます。

以上

### 【問合せ先】

厚生労働省保険局医療介護連携政策課

E-mail: [suisin@mhlw.go.jp](mailto:suisin@mhlw.go.jp)

## 別紙 1：オンライン資格確認に関する説明会でご利用いただける動画・資料

### ■日本医師会ホームページ・メンバーズルーム

○令和 4 年度都道府県医師会社会保険・情報システム担当理事連絡協議会

※資料や録画映像の動画ファイルをダウンロードいただけます。説明会で上映いただくなど、ご活用ください。

[https://www.med.or.jp/japanese/members/flv\\_movie/20220908onshi/](https://www.med.or.jp/japanese/members/flv_movie/20220908onshi/)

### ■医療機関等向けポータルサイト

○令和 5 年 4 月からオンライン資格確認導入が原則として義務付けられます

※最新の動画や資料をまとめたページを用意いただきました。

<https://www.iryohokenjyoho-portal.jp/post-21.html>

### 【オンライン資格確認導入のための見積取得のお願い】

オンライン資格確認を未導入の医療機関（レセプトを紙で提出している医療機関以外の医療機関）におかれましては、お使いのレセコンや電子カルテのシステム事業者、オンライン資格確認導入のための見積作成をご依頼ください。見積の内容や金額に問題ないようでしたら導入を進めていただき、問題がある場合（例えば、地域に業者が見つからない、見積額が補助金上限額より高い、保守料が高い、導入に時間がかかる、適切なネットワーク回線が見つからないなど）は、日本医師会ホームページ・メンバーズルーム内の相談窓口まで情報をお寄せください。

いただいた情報を厚生労働省と共有し、問題解決のための情報提供や業者への働きかけ等の支援を行っております。また、どうしても導入が難しい、やむを得ない場合につきましては、日本医師会として必要な対応を国に求めてまいります。

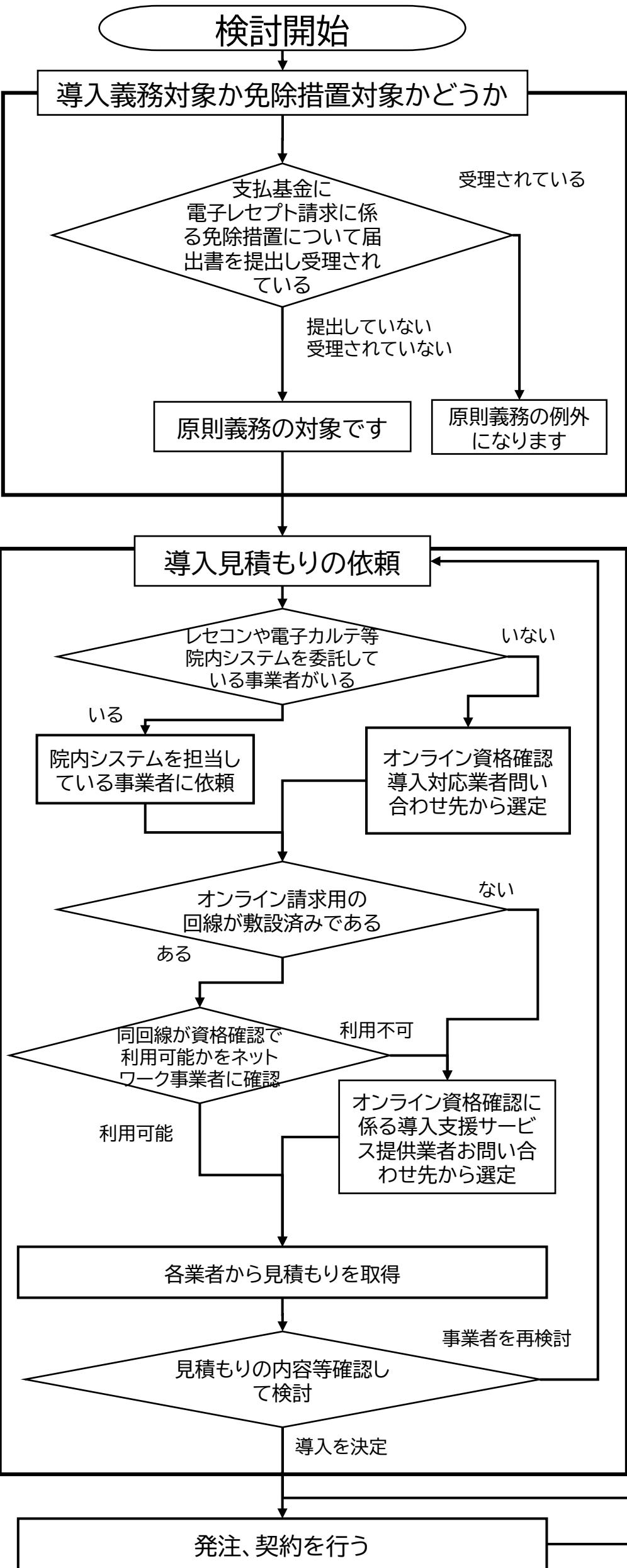
※別紙 2：オンライン資格確認導入に向けたフローチャートもご参照ください。

### 【日本医師会ホームページ・メンバーズルーム内オンライン資格確認相談窓口】

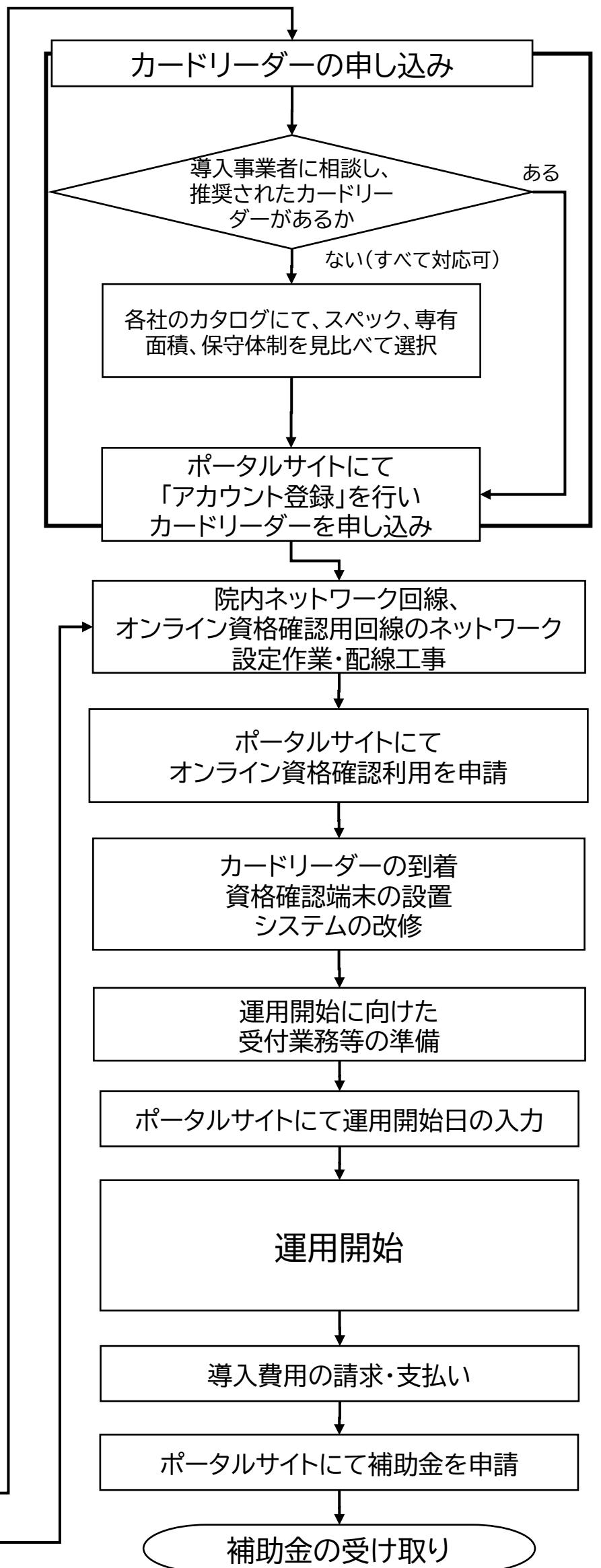
<https://www.med.or.jp/japanese/members/info/jirei.html>



オンライン資格確認導入に向けたフローチャート



※導入見積もりの依頼とカードリーダーの申し込みを並行して行っていただいても構いません。



## 関連サイト

- (事業者選定)オンライン資格確認導入対応業者問い合わせ先
- <https://www.iryohokenjyoho-portalsite.jp/top/docs/45eef7ac1f53aaf178019728d72b6e7b.pdf>
- (事業者選定)医療機関・薬局、システムベンダ等に対する「オン資導入支援サービス業者オンライン資格確認に係る導入支援サービス」提供業者お問い合わせ先
- <https://www.mhlw.go.jp/content/10200000/000703906.pdf>
- 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(ポータルサイト)
- <https://www.iryohokenjyoho-portalsite.jp/>
- (ポータルサイト)顔認証付きカードリーダーカタログ
- <https://www.iryohokenjyoho-portalsite.jp/application/post-6.html>
- (ポータルサイト)顔認証付きカードリーダー申込(要アカウント)
- <https://shinsei.iryohokenjyoho-portalsite.jp/pc/enquete/face/>
- (ポータルサイト)オンライン資格確認利用申請
- <https://www.iryohokenjyoho-portalsite.jp/application/post-4.html>
- (ポータルサイト)オンライン資格確認の運用開始入力
- <https://www.iryohokenjyoho-portalsite.jp/application/post-14.html>
- (ポータルサイト)オンライン資格確認関係補助金申請
- <https://www.iryohokenjyoho-portalsite.jp/application/post-2.html>

## 顔認証付きカードリーダーメーカー デモンストレーション会 申請書

- ・ 黄色枠に必要な事項を入力してください。
- ・ 開催の10日前を目処に、suisin@mhlw.go.jp宛に提出ください。
- ・ カードリーダーメーカー側の都合により、ご希望に添えない場合もありますので、お含みおきください。

申請団体						
(ふりがな) 担当者氏名			連絡先	TEL		
				E-Mail		
希望日時	第一希望		開催の長さ	第一希望		
	第二希望			第二希望		
	第三希望			第三希望		
開催場所 ※必要に応じてレイアウト等を添付してください。				実施方法 (実地、オンライン)		
備考						

# 顔認証付きカードリーダーメーカー デモンストレーション会 申請書

- ・ 黄色枠に必要な事項を入力してください。
- ・ 開催の10日前を目処に、suisin@mhlw.go.jp宛に提出ください。
- ・ カードリーダーメーカー側の都合により、ご希望に添えない場合もありますので、お含みおきください。

申請団体	●●市医師会				
(ふりがな) 担当者氏名	こうろう たろう	連絡先	TEL	XXX-XXXX	
	厚労 太郎		E-Mail	XXXX@XXX.co.jp	
希望日時	第一希望	●月●日 10:00~12:00	開催の長さ	第一希望	11:00~11:15 (15分)
	第二希望	●月●日 13:00~15:00		第二希望	14:00~14:15 (15分)
	第三希望	●月●日 15:00~17:00		第三希望	16:00~16:15 (15分)
開催場所 ※必要に応じてレイアウト等を添付してください。	▲▲会場 〒XXX-XXX 東京都●●区▲参画1-1-1		実施方法 (実地、オンライン)	実地	
備考					

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