記　載　例

電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届出

開始又は変更を○で囲む。

電子計算機を使用して厚生労働大臣の定める方式に従って電子情報処理組織の使用による費用の請求を（ 開始 ・ 変更 ）することに関し、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」の規定に基づき届け出ます。

なお、審査支払機関のオンライン請求システム利用規約に同意します。

平成２１年８月２０日

住所　東京都港区新橋２－１－３

徳島県国民健康保険団体連合会　御中

開設者

氏名　●●法人▲▲会　オンライン　太郎　オンライン㊞

医療機関（薬局）コード	1 2 3 4 5 6 7	点数表区分	医科・ＤＰＣ・歯科・調剤
保険医療機関（薬局）名	●●法人▲▲会 オンライン病院	電話	０３－１２３４－５６７８
保険医療機関（薬局）所在地	○○県■■市△△町 １－２－３	郵便番号	1
レセコンのプログラム名称	レセオンシステム	請求開始・変更年月	平成２１年１０月請求分から
レセコンのソフトメーカー名 （プログラムの作成者の氏名）	（株）レセコン	パソコンの基本ソフト（ＯＳ） ・ブラウザ	ウインドウズ Vista インターネットエクスプローラ　7
オンライン請求システムに係る安全対策の規程（セキュリティ・ポリシー）	有 ・ 無		
電気通信回線	ＩＰ－ＶＰＮ接続	ＩＳＤＮ ダイヤルアップ接続 （ 03－1234－2525 ）	インターネット接続 ＩＰｓｅｃ＋ＩＫＥ提供事業者名 （　　）
確認試験の実施	有 ・ 無		
備考			

※受付印

ＤＰＣ対象医療機関は、医科及びＤＰＣそれぞれに○を付す。

オンライン請求を開始する月を記載する。記載例は、９月診療分を１０月請求（送信）する場合

安全対策の規程を策定のうえ、「有」を○で囲む。

３つの接続方式から選択した１つを○で囲む。

ＩＳＤＮの場合、発信者番号を記入する。

インターネット接続の場合、選択した提供事業者（NTTPCｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝｽﾞ・NTTﾃﾞｰﾀ・富士通・三菱電機情報ﾈｯﾄﾜｰｸ）を記載する。

確認試験を実施する場合、「有」を○で囲む。この場合、確認試験依頼書の提出は不要です。

※　変更の場合は、備考欄へ変更内容を記載願います。