

9月30日（金）までに宮崎県医師会へ（FAX 0985-27-6550）にてお送りください。

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 | Caora | | | |
| 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 | Smapa 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 | Hi-CARA | | | |
| メーカー名 | 製品名(型番) | 台数 | 第一 | 第二 |
| アトラス | EXC-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 of 右枠「第一」の欄に☑を、第二希望機種 of 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可能性がございます（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