電子情報処理組織の使用による返戻照会に係る再請求への移行に係る

やむを得ない場合の届出

電子情報処理組織の使用による返戻照会に係る再請求の実務に円滑に移行するために必要なシステム

ム事業者の対応が間に合わないなどのやむを得ない場合に該当する旨を届け出ます。

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

（審査支払機関名）　　　　御中　　　　　　　　　　　事務代行者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務代行者コード |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 事務代行者種別 | 医師会・歯科医師会・薬剤師会 | | | | | | | |
| 事務代行者名 |  | | | | | | | | | | 電話番号 |  | | | | | | | |
| 事務代行者所在地 |  | | | | | | | | | | 郵便番号 |  |  |  | ― |  |  |  |  |
| やむを得ない事情 | □　システム事業者に必要なシステム改修を依頼済みであるが、令和５年４月からの対応が困難（オンライン対応の開始予定時期：令和　　年　　月）  □　令和５年度中に廃止・休止を行う予定又は改修工事中・臨時の施設である  □　その他のやむを得ない事情がある | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

作成要領

１　「事務代行者種別」欄には、医師会、歯科医師会又は薬剤師会の別を○で囲む。

２　「事務代行者名」及び「事務代行者所在地」欄には、医師会・歯科医師会・薬剤師会の名称及び所在地を記入する。

３　「やむを得ない事情」欄には、該当する事情の□にチェック「✔」し、「システム事業者に必要なシステム改修を依頼済みであるが、令和５年４月からの対応が困難」を選択した場合は、オンライン対応の開始予定時期を記入する。

４　別紙「保険医療機関等一覧」には、やむを得ない場合に該当する旨を届け出る保険医療機関等の保険医療機関（薬局）コード及び保険医療機関（薬局）名を記入する。

令和　　年　　月　　日

別紙

保険医療機関等一覧

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事務代行者コード

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事務代行者名

　　No.( 　 )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項番 | 保険医療機関（薬局）  コード  ド | 保険医療機関（薬局）名 |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |
| 11 |  |  |
| 12 |  |  |
| 13 |  |  |
| 14 |  |  |
| 15 |  |  |
| 16 |  |  |
| 17 |  |  |
| 18 |  |  |
| 19 |  |  |
| 20 |  |  |
| 21 |  |  |
| 22 |  |  |
| 23 |  |  |
| 24 |  |  |
| 25 |  |  |
| 26 |  |  |
| 27 |  |  |
| 28 |  |  |
| 29 |  |  |
| 30 |  |  |

注１　項番が30を超える場合は２枚目以降を使用し、No.( )欄に記入してください。