**電子証明書（ 発行 ・ 失効 ）依頼書**

【システムベンダ及び販売会社用】

令和　　年　　月　　日

社会保険診療報酬支払基金　御中

システムベンダ名又は販売会社名：

電子証明書の発行（失効）を依頼します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **所在地** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〒 |  |  |  | | ― | | |  |  | |  |  | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **電話番号** | |  | | | | | | | | | | | | | | | ― |  | | | | | | | ― | |  | | | |
| **接続試験**  **使用機関** | | 医　科 | | | | | | □ 保険医療機関（病院）用　　　□ 保険医療機関（診療所）用 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 歯　科 | | | | | | □ 保険医療機関（病院）用　　　□ 保険医療機関（診療所）用 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 調　剤 | | | | | | □ 保険薬局用 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 訪問看護 | | | | | | □ 訪問看護ステーション用 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **失効理由** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 基金使用欄 | 医科 | 病　院 | | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |  |  |  |  |  | 受付 | |  | | 確認 |  |
| 診療所 | | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |  |  |  |  |  |
| 歯科 | 病　院 | | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |  |  |  |  |  |
| 診療所 | | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |  |  |  |  |  |
| 薬　局 | | | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |  |  |  |  |  |
| 訪問看護 | | | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |  |  |  |  |  |
|  |

【作成要領】

１　この様式は、電子証明書を発行又は失効するとき、社会保険診療報酬支払基金システム部基盤ネットワーク課に提出してください。

２　電子証明書を発行又は失効しようとするとき、その別を○で囲んでください。

３　システムベンダ名又は販売会社名欄には、システムベンダ名又は販売会社名を記入してください。

４　オンライン請求システムの接続試験で使用する機関（医科病院・診療所、歯科病院・診療所、薬局、訪問看護）の□にチェックをしてください。

５　電子証明書の失効依頼書を提出する場合は、「失効理由」欄に失効理由を簡記願います。

【留意事項】

１　電子証明書の発行日から有効期間は１年です。

２　１枚あたり1,500円（消費税込み）です。

また、別途郵送料として、1送付あたり753円（消費税込み）をご負担いただきます。