**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請求支払システム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779円（消費税込み）をご負担いただきます。