

※ いずれかに○を付けてください。

電子レセプトのCSV情報による請求申出書 兼 レセプト電子データ提供申出書 (開始 ・ 変更)

社会保険診療報酬支払基金 _____ 支部 御中

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

1. 電子レセプトのCSV情報による請求を申し込みます。

次の項目にご記入ください。

| | | | | | | | | | |
|------|---|---|-------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------|----------------------|
| 保険者名 | <input type="text"/> | 印 | 保険者番号 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 担当者 | <input type="text"/> |
| 所在地 | 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | | | |
| 電話番号 | () | | | メールアドレス | <input type="text"/> | | | FAX番号 | () |

いずれかに○を付けてください。

| | | | | | | | | | |
|------|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| 請求形態 | 媒体 | | オンライン | | 安全対策の規程 | | オンライン請求利用規約 | 受信用パソコンのOS・ブラウザ | IPsec + IKE提供事業者名 |
| | <input type="radio"/> CD-R | <input type="radio"/> DVD-R | <input type="radio"/> IP-VPN | <input type="radio"/> インターネット | <input type="radio"/> 有り | <input type="radio"/> 同意する | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |

※ 「インターネット」を選択した場合、記入願います。

※ 「IP-VPN」又は「インターネット」を選択した場合、記入願います。

送付先が申出保険者の所在地と異なる場合のみ、ご記入ください。

一括提供を希望する場合のみ、ご記入ください。

| | | | | | | | | | |
|-------|---|------|-----|----------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 送付先宛名 | <input type="text"/> | 電話番号 | () | 提供先保険者番号 | <input type="text"/> |
| 送付先住所 | 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | 提供先保険者名称 | <input type="text"/> | | | | |

※ いずれかに○を付けてください。

2. 上記1に併せて、レセプト電子データ提供を (希望します ・ 希望しません)

| | | | | | | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|---|--------------------------|---|---|
| 電子レセプトのデータ | <input type="radio"/> 画像+テキスト | <input type="radio"/> 不要 | 電子レセプトオプション | <input type="radio"/> 写入り紙レセ | <input type="radio"/> 不要 | ※ オプション「写入り紙レセ」又は「不要」のいずれかを選択してください。 なお、写入り紙レセプトは有償です。 | |
| ※ 「画像+テキスト」を選択した場合、オプションを選択してください。 | | | | | | | |
| 紙レセプトのデータ | <input type="radio"/> テキスト(資格等) | <input type="radio"/> 不要 | 紙レセプトオプション | 傷病情報を <input type="radio"/> 希望する <input type="radio"/> 希望しない | | ※ 「テキスト(資格等)」を選択した場合、オプションを選択してください。 | |
| ※ 「テキスト(資格等)」を選択した場合、オプションを選択してください。 | | | | | | | |
| 提供形態 | <input type="radio"/> CD-R | <input type="radio"/> DVD-R | <input type="radio"/> オンライン | | | | ※ 上記1の請求形態と同じ形態を選択してください。 請求が「IP-VPN」又は「インターネット」の場合、「オンライン」を選択してください。 |
| 写媒体 | <input type="radio"/> 希望する(CD-R) | <input type="radio"/> 希望する(DVD-R) | <input type="radio"/> 希望しない | | | | ※ 写媒体のみを希望することはできません。 写媒体は、原本から複製したものであることを明示した画像データ及びテキストデータを記録した媒体です。 なお、CSV情報は提供対象外です。 |

3. 上記1及び2に係る申出については、以下の月分から開始又は変更します。

請求(提供)開始月又は変更月をご記入ください。

| | |
|----------|--------------------|
| 開始月又は変更月 | 令和 ____ 年 ____ 月から |
|----------|--------------------|

※ 「令和元年7月から」と記入した場合、令和元年5月診療分の請求(提供)より開始又は変更となります。

※ 請求(提供)開始月又は変更月の前々月の20日までに申出書を支払基金支部に提出してください。