オンラインによる請求前資格確認（開始・中止）申出書

　令和　　年　　月　　日

　社会保険診療報酬支払基金　御中

１　オンラインによる請求前資格確認について、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 保険者名 |  |
| 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 担当者 |  |
| 所在地 | 〒　　－　　　　 |
| 電話番号 | － 　－ | メールアドレス |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 資格確認開始年月 | 令和　 年　 月 | 資格確認中止年月 | 令和　 年　 月 |

注　請求前資格確認を開始する前には、確認試験を実施願います。

２　保険者支部等一覧

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 保険者番号 | 保険者名 | 支部名 | 電話番号 | 支　部担当者 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |

注　電子レセプト(ＣＳＶ情報)を一括して受領しているすべての組合支部（又は組合本部）を記載してください。

【作成要領】

１　この様式は、オンラインによる請求前資格確認を開始又は中止する前月の２０日までに、保険者が所在する都道府県の支払基金に提出してください。

　　なお、組合本部・組合支部がある保険者が、組合本部において組合支部分（又は組合支部において組合本部分）の電子レセプト（ＣＳＶ情報）を一括して受領している場合は、一括して受領している保険者が本様式を提出してください。

２　表題の「開始」又は「中止」に○を記入します。

３　「保険者名」欄には、保険者名を記入します。

　　なお、組合本部・組合支部がある保険者が、組合本部において組合支部分（又は組合支部において組合本部分）の電子レセプト（ＣＳＶ情報）を一括して受領している場合は、一括して受領している保険者名を記入します。

４　「保険者番号」欄には、保険者番号を記入します。

５　「資格確認開始年月」欄には、請求前の資格確認を開始する年月を記入します。

６　「資格確認中止年月」欄には、請求前の資格確認を中止する年月を記入します。

７　２の「保険者支部等一覧」には、電子レセプト（ＣＳＶ情報）を一括して受領している保険者が、一括して受領する組合支部（又は組合本部）の「保険者番号」、「保険者名」、「支部名」、「電話番号」及び「支部担当者」を記入します。

　　この場合、オンラインによる請求前資格確認の実施の有無にかかわらず、すべての組合支部（又は組合本部）について記入してください。