

事務連絡
令和3年3月3日

公益社団法人全日本病院協会 御中

厚生労働省保険局医療介護連携政策課

オンライン資格確認開始に向けた追加補助の締切等に関する
リーフレット等の送付について（協力依頼）

日頃より、貴会におかれては、医療保険行政の推進にご協力いただき、厚く御礼を申し上げます。

また、日々の新型コロナウイルス感染症への対応にご尽力いただき、誠にありがとうございます。

「医療情報化支援基金における追加補助に関するお知らせについて（協力依頼）」（令和2年11月30日付保連発1130第4号厚生労働省保険局医療介護連携政策課長通知）において、オンライン資格確認の導入に向けた追加補助や準備作業の手引き等についてご案内をさせていただきました。

今般、令和3年1月に続き、令和3年3月上旬に社会保険診療報酬支払基金から保険医療機関・保険薬局に対して、この追加補助の〆切のご案内するリーフレットやオンライン資格確認の導入意向調査へのご協力を依頼する書類等の郵送を予定しております。

つきましては、下記にご配慮の上、当該リーフレット等をお知らせいただき、追加補助の対象要件となる顔認証付きカードリーダーの申請（※）は令和3年3月31日が〆切である旨、貴会会員の皆様にご案内いただきますよう、お願い申し上げます。

※ 既に申請済みの医療機関等も追加補助の対応となります。

記

1 追加補助の締切を案内するリーフレットについて

オンライン資格確認の導入に向けて、追加補助の対象要件となる顔認証付きカードリーダーの申請は令和3年3月31日が締切であること及びオンライン資格確認導入の準備を進めている医療機関・薬局が患者にマイナンバーカードの

健康保険証利用に対応する医療機関・薬局であることをお知らせする掲示物の利用方法をお知らせするリーフレットを準備しました。リーフレットの中面は、そのままポスターとして掲示できますので、ご活用下さい。(別添1)

2 「オンライン資格確認」導入意向調査について

令和3年3月31日までに顔認証付きカードリーダーをお申込にならない医療機関・薬局を対象に、お申込にならない理由等を調査させていただくことで、今後の支援策の検討材料にすることを目的としています。ご協力の程、よろしくお願い致します。(別添2)

3 顔認証付きカードリーダーの提供申請書について

顔認証付きカードリーダーの申請は、原則、医療機関等向けポータルサイトからお申込いただくこととしておりますが、インターネット環境がない医療機関等もあることから、「オンライン資格確認等顔認証付きカードリーダー提供申請書」(別添3)を同封しています。『「顔認証付きカードリーダー提供申請書」利用の際の留意事項』(別添4)を確認の上、ご利用下さい。

以上

【問い合わせ先】

厚生労働省保険局
医療介護連携政策課保険データ企画室
白崎・梅田
E-mail: suisin@mhlw.go.jp

1 ポスター・ステッカーの掲示

マイナンバーカードの保険証利用に**対応する前**に掲示

本リーフレットの中面をマイナンバーカードの保険証利用の開始と貴施設での運用開始時期を告知するポスター(書込式)として掲示してください。

ポスターの空白部分には貴施設での対応開始時期をご記入ください。(右例)



マイナンバーカードの保険証利用に**対応開始後**に掲示

貴施設でマイナンバーカードの保険証利用が可能な事を周知するポスター・ステッカーを掲示してください。

顔認証付きカードリーダーをお申込みいただいた医療機関・薬局に順次発送します。



2 「個人情報保護の利用目的」の更新

患者向けに掲示を行っている「個人情報保護の利用目的」について、一部更新が必要となります。更新内容は厚生労働省ホームページにて公開中です。

準備作業の詳細はこちらからご確認ください



手続き・各種申請は医療機関等向けポータルサイトで！

- ポータルサイトでできること
- 顔認証付きカードリーダー申込
- オンライン資格確認利用申請
- 補助金申請 **NEW!**

AIチャットボットの「シカク」です。24時間いつでも疑問に答えます！



医療機関ポータル 検索

オンライン資格確認導入に向けたご案内

締切間近！

顔認証付きカードリーダーを
令和3年3月31日までにお申込みで

補助上限額までは
自己負担 0円 となります

オンライン資格確認導入関連費用の補助金増額期間の締切りが迫っています

【締切】令和3年3月31日

補助金についての説明動画は
こちらからご覧ください

医療機関等向けポータルサイトのトップページからも閲覧できます



知っていますか？

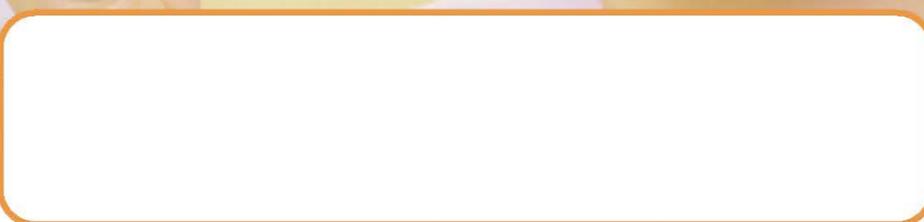
マイナンバーカードが

健康保険証として

利用できるようになります！

2021年3月(予定)から利用開始

※医療機関・薬局によって開始時期が異なります。利用できる医療機関・薬局については、今後、厚生労働省・社会保険診療報酬支払基金のホームページで公表予定です。



医療機関や薬局の受付で
マイナンバーカードを
顔認証付きカードリーダーに
置くだけ！

カードの顔写真を機器で確認します。
※顔写真は機器に保存されません。

こんなことができるようになります！

就職・転職・引越をしても
健康保険証として
ずっと使える！

※医療保険者への加入の届出は引き続き必要です。



同意をすれば、
初めての医療機関等でも、
今までに使った正確な薬の
情報が医師等と共有できる！



限度額適用認定証がなくても
高額療養費制度における
限度額以上の
支払が免除される！



など！

※マイナンバーカードの健康保険証利用には、ICチップの中の「電子証明書」を使うため、医療機関や薬局の受付窓口でマイナンバー(12桁の数字)を取り扱うことはありません。また、ご自身の診療情報がマイナンバーと紐付くことはありません。
※現在の健康保険証が利用できなくなるわけではありません。

利用申込受付中！

詳細や申込は
特設ページを
ご確認ください！



https://myrna.go.jp/html/hokenshoriyou_top.html

健康保険証利用申込のお問い合わせ



マイナンバー総合
フリーダイヤル

マイナンバー
0120-95-0178

音声ガイダンスに従って「4→2」の順にお進みください。

受付時間(年末年始を除く)

平日：9時30分～20時00分
土日祝：9時30分～17時30分

「オンライン資格確認」導入意向調査に関する協力のお願い

【対象】

本調査は令和3年3月31日までに顔認証付きカードリーダーをお申込にならない医療機関・薬局を対象としています。

【目的】

令和3年3月末までに顔認証付きカードリーダーを申込みいただくと、補助上限額まで全額補助することとしていますが、お申込にならない理由等を調査させていただくことで、今後の支援策の検討材料とさせていただきます。

なお、本調査については、オンライン資格確認普及促進に向けての対応にのみ使用し、他の目的には使用しませんので、ご協力の程お願いします。

【回答方法】

以下の医療機関等向けポータルサイトの「オンライン資格確認導入意向調査」の入力フォームからご回答下さい。

<https://shinsei.iryohokenjyoho-portalsite.jp/pc/enquete/ikoutyousa/>

右のQRコードからでも回答できます。



インターネットでの回答が難しい方においては、裏面を活用し、同封している返信用封筒の「オンライン資格確認導入意向調査在中」に○をつけて、切手を貼付の上、ご郵送下さい。

【締切日】 令和3年3月31日 24:00 〆切

1. 今後、令和3年4月以降に、顔認証付きカードリーダーの申込を行い、オンライン資格確認を導入する予定はありますか？

ある場合は顔認証付きカードリーダーの申込みは、いつ頃を予定していますか？（該当する番号に○をしてください。また、ある場合は導入予定年月を記入してください。）

1 ある → _____ 年 月頃 2 ない

2. 問1で「ない」とお答えした方にお伺いします。

申込みをしない理由をお聞かせ下さい。（複数可。該当する番号に○をしてください。）

- 1 導入後、継続して費用がかかる（増える）ため
- 2 デジタル機器の利用ができない（抵抗がある）ため
- 3 オンライン資格確認のメリットが少ないため
- 4 マイナンバーカードの普及率が低いため
- 5 1～2年以内に閉院・閉局する可能性が高いため
- 6 その他（ _____ ）

3. 貴院（貴局）において導入時期を早める又は導入する方針に変更するには、どのような条件が必要だとお考えですか？（上位2つまでお選びください。該当する番号に○をしてください。）

- 1 導入している場合に経済的に優遇されること
- 2 他の医療機関・薬局でもオンライン資格確認が使われていること
- 3 導入のメリット（経済的な優遇以外）が増えること
例えば（ _____ ）
- 4 マイナンバーカードの普及率の向上
- 5 その他（ _____ ）

4. 貴院（貴局）の情報をお教え下さい。

<医療機関区分>（該当する番号に○をしてください。）

1 病院（ 床） 2 医科診療所 3 歯科診療所 4 薬局

<所在都道府県>

（ ）都道府県

社会保険診療報酬支払基金理事長 あて

【申請者】

都道府県コード	<input type="text"/>	点数表コード	<input type="text"/>
保険医療機関等コード	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

保険医療機関等名称

担当者氏名

電話番号

メールアドレス

オンライン資格確認等顔認証付きカードリーダー提供申請書

「保険医療機関等向け医療提供体制設備整備交付金実施要領」の「第2 交付対象事業」の2に規定される顔認証付きカードリーダーについて、同実施要領の「第5 交付の条件」に規定される条件を理解した上で、同実施要領の「第6 申請手続き」の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

1 顔認証付きカードリーダー (必須)

メーカー名	製品名(型番)	台数
富士通	Caora	<input type="text"/>
メーカー名	製品名(型番)	台数
パナソニック	顔認証付きカードリーダー	<input type="text"/>
メーカー名	製品名(型番)	台数
アルメックス	Smapa マイナタッチ (ホワイト)	<input type="text"/>
メーカー名	製品名(型番)	台数
キャノン	Hi-CARA	<input type="text"/>

※病院は最高3台、診療所・薬局は1台申込みができます。

2 オンライン資格確認導入(予定)時期 (必須)

西暦 年 月 導入予定

3 レセプトのオンライン請求について (必須)

導入している

未導入 (導入予定あり) ⇒ 西暦 年 月 導入予定
※未導入 (導入予定あり) を選択された方

導入予定なし

4 電子カルテシステムの導入

導入している

未導入 (導入予定あり) ⇒ 西暦 年 月 導入予定
※未導入 (導入予定あり) を選択された方

導入予定なし

「顔認証付きカードリーダー提供申請書」利用の際の留意事項

顔認証付きカードリーダーのお申込みは、原則、医療機関等向けポータルサイト（以下「ポータルサイト」）からお申込み頂くこととしておりますが、インターネット環境がまだ整っていない医療機関・薬局もあることから、今回、「オンライン資格確認等顔認証付きカードリーダー提供申請書」を同封いたします。

ポータルサイトからのお申込みができない医療機関・薬局におかれましては、同封の申請書に必要な事項を記入し返信用封筒の「顔認証付きカードリーダー提供申請書在中」に○をつけて、切手を貼付の上、ご郵送下さい。

なお、本申請書でのお申込みでは、受付から発注処理までに時間を要することから、顔認証付きカードリーダーのお届けがポータルサイトでのお申込みと比較し、2か月程度遅くなる可能性があることをご了承下さい。

【補助増額適用となる顔認証付きカードリーダー提供申請書の受付締切日】

令和3年3月31日消印有効

【「顔認証付きカードリーダー提供申請書」提出後に必要な手続き】

- 医療機関等向けポータルサイトアカウント登録

オンライン資格確認を利用するためには、顔認証付きカードリーダーの申込だけでなく、必要な機器の導入や各種申請（オンライン資格確認利用申請・電子証明書発行申請・補助金申請）が必要です。

必要な機器の導入等については、まずは、お付き合いのあるレセプトコンピュータの業者などにお問い合わせ下さい。お付き合いのある業者がない場合は、ポータルサイトに「オンライン資格確認導入対応業者お問い合わせ先」を掲載しておりますので、ご参照下さい。

各種申請は、原則、全てポータルサイトから申請いただくこととしておりますので、まずはアカウント登録をお願いいたします。

- 顔認証付きカードリーダー受付完了のお知らせ、メール受領

紙の本申請書にてお申込みの場合でも、顔認証付きカードリーダーの受付が完了した旨のお知らせをメールにて行います（令和3年5～6月頃）。このため、メールアドレスをご記載下さい。

西暦 2021 年 3 月 日

社会保険診療報酬支払基金理事長 あて

【申請者】

① 都道府県コード 点数表コード

② 保険医療機関等コード

③ 保険医療機関等名称

④ 担当者氏名

⑤ 電話番号

⑥ メールアドレス

オンライン資格確認等顔認証付きカードリーダー提供申請書

「保険医療機関等向け医療提供体制設備整備交付金実施要領」の「第2 交付対象事業」の2に規定される顔認証付きカードリーダーについて、同実施要領の「第5 交付の条件」に規定される条件を理解した上で、同実施要領の「第6 申請手続き」の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

⑦ 1 顔認証付きカードリーダー (必須)

メーカー名	製品名(型番)	台数
富士通	Caora	
メーカー名	製品名(型番)	台数
パナソニック	顔認証付きカードリーダー	
メーカー名	製品名(型番)	台数
アルメックス	Smapa マイナタッチ (ホワイト)	
メーカー名	製品名(型番)	台数
キヤノン	Hi-CARA	

※病院は最高3台、診療所・薬局は1台申込みができます。

⑧ 2 オンライン資格確認導入(予定)時期 (必須)

西暦 年 月 導入予定

⑨ 3 レセプトのオンライン請求について (必須)

- 導入している
- 未導入 (導入予定あり) ⇒ 西暦 年 月 導入予定
- 導入予定なし

⑩ 4 電子カルテシステムの導入

- 導入している
- 未導入 (導入予定あり) ⇒ 西暦 年 月 導入予定
- 導入予定なし

①「都道府県コード」及び「点数表コード」
 ⇒「都道府県コード」はレセプトに記載する都道府県番号を記入してください。点数表コードは次のとおり記入してください。
 医科医療機関:「1」
 歯科医療機関:「3」
 薬局:「4」

②「保険医療機関等コード」
 ⇒レセプトに記載する7桁の数字を記入してください。

③「保険医療機関等名称」
 ④「担当者氏名」
 ⑤「電話番号」
 ⑥「メールアドレス」
 ⇒保険医療機関等の保険医療機関等名称、担当者氏名、電話番号、メールアドレスを記入してください。

⑦「1 顔認証付きカードリーダー(必須)」
 ⇒申込をされる顔認証付きカードリーダーの台数を記入してください。(病院は最高3台、診療所・薬局は1台申込みができます。)
 なお、顔認証付きカードリーダーの各製品の詳細については、ポータルサイトの「顔認証付きカードリーダーカタログ」画面を参照願います。

⑧「2 オンライン資格確認導入(予定)時期(必須)」
 ⇒オンライン資格確認の導入予定年月を西暦で記入してください。

⑨「3 レセプトのオンライン請求について(必須)」
 ⑩「4 電子カルテシステムの導入」
 ⇒該当に✓を記入してください。未導入(導入予定あり)を選択された方のみオンライン請求、電子カルテシステムを導入される予定年月を西暦で記入してください。