

保連発 1006 第 1 号  
令和 2 年 10 月 6 日

都道府県民生主管部（局）  
国民健康保険主管課（部）長 殿  
都道府県後期高齢者医療主管部（局）  
後期高齢者医療主管課（部）長 殿  
地方厚生（支）局長 殿

御中

厚生労働省保険局医療介護連携政策課長

保険医療機関又は保険薬局に係る電子情報処理組織等を用いた  
費用の請求等における押印省略について

保険医療機関又は保険薬局に係る電子情報処理組織等を用いた費用の請求等については、「保険医療機関又は保険薬局に係る電子情報処理組織等を用いた費用の請求等に関する取扱いについて」(平成 22 年 7 月 30 日保総発 0730 第 2 号)にて通知された「保険医療機関又は保険薬局に係る電子情報処理組織等を用いた費用の請求に関する取扱要領」(以下、「取扱要領」)に沿って運用されているところである。

今般、社会全体として書面・押印・対面からの脱却を進めている<sup>\*</sup>ことを踏まえ、「取扱要領」における別添資料においても、オンライン申請を可能とする趣旨で、以下の修正を行ったため通知する。

- 押印欄の削除
- 各別添資料の作成要領に、「本届出をオンライン申請する場合は、前項までに準じるものとする」との項目を新設

なお、オンラインでの申請方法は、当面の間、オンライン資格確認に関する「医療機関等向けポータルサイト」(<https://www.iryohokenjyoho-portalsite.jp/>)で行うオンライン資格確認の利用申請の中で、当該申請と同時に届け出る場合に限る。これ以外の方法で申請する場合は、従前の方法を踏襲するため留意する

こと。

これらについて、関係者への周知をよろしくお取り計り願いたい。

(※) 令和2年7月17日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020」では、「第3章『新たな日常』の実現」において、「書面・押印・対面主義からの脱却等」が記載されている。

電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届出

電子計算機を使用して厚生労働大臣の定める方式に従って電子情報処理組織の使用による費用の請求を（ 開始 ・ 変更 ）することに関し、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」の規定に基づき届け出ます。

なお、審査支払機関のオンライン請求システム利用規約に同意します。

令和 年 月 日

（審査支払機関名） 御中 開設者 住所 氏名

医療機関（薬局）コード	.....	点数表区分	医科・DPC・歯科・調剤	
保険医療機関（薬局）名		電話番号		
保険医療機関（薬局）所在地		郵便番号	.....	.....
レセコンのプログラム名称		請求開始・変更年月	令和 年 月請求分から	
レセコンのソフトメーカー名 （プログラムの作成者の氏名）		パソコンの基本ソフト（OS） ・ブラウザ		
オンライン請求システムに係る安全対策の規程（セキュリティ・ポリシー）	有 ・ 無			
電気通信回線	IP - VPN接続	ISDN ダイヤルアップ接続 ( - - )	インターネット接続 IPsec + IKE 提供事業者名 ( )	※受付印
確認試験の実施	有 ・ 無			
備考				

## 作成要領

- 1 この様式は、保険医療機関等が電子情報処理組織の使用による費用の請求を開始又は使用しているプログラム等を変更する場合、審査支払機関に医科、D P C、歯科及び調剤別に作成し提出する。
- 2 電子情報処理組織の使用による費用の請求を開始又は変更しようとするとき、その別を○で囲む。
- 3 「点数表区分」欄には、医科、D P C、歯科及び調剤の別を○で囲む。
- 4 「医療機関（薬局）コード」、「保険医療機関（薬局）名」、「電話番号」、「保険医療機関（薬局）所在地」及び「郵便番号」欄には、保険医療機関届で届け出た記載内容を記入する。
- 5 「レセコンのプログラム名称」欄には、レセコンのソフトの名称及びシリーズ名を記入する。
- 6 「レセコンのソフトメーカー名」欄には、レセコンのソフトメーカー名又はプログラムの作成者の氏名を記入する。
- 7 「請求開始・変更年月」欄には、電子情報処理組織の使用による費用の請求を開始又は変更しようとするときに、当該診療（調剤）報酬の請求年月を記入する。
- 8 「パソコンの基本ソフト（O S）・ブラウザ」欄には、オンライン請求システムの送信機器の基本ソフト名及びブラウザ名を記入する。

### 《記載例》

O S : ウィンドウズ 10      ブラウザ : インターネットエクスプローラ 11

- 9 「オンライン請求システムに係る安全対策の規程（セキュリティ・ポリシー）」欄の有・無を○で囲む。
- 10 「電気通信回線」欄には、電気通信回線への接続方法が I P - V P N接続、ダイヤルアップ接続または、インターネット接続（I P sec+IKE）（IPsec（IETF(Internet Engineering Task Force)において標準とされた、IP(Internet Protocol)レベルの暗号化機能。認証や暗号のプロトコル、鍵交換のプロトコル、ヘッダー構造など複数のプロトコルの総称）と IKE（Internet Key Exchange ; IPsec で用いるインターネット標準の鍵交換プロトコル）を組み合わせた接続）の別を○で囲む。

なお、ダイヤルアップ接続（I S D N）の場合は、専用電話番号、インターネット接続（IPsec と IKE を組み合わせた接続に限る。）の場合は、提供事業者名を記入する。
- 11 「確認試験の実施」欄の有・無を○で囲む。
- 12 本届出をオンライン申請する場合は、前項までに準じるものとする。

(審査支払機関名) 御中

開設者  
住 所  
氏 名電子情報処理組織の使用による費用の請求に係る確認試験依頼書

電子情報処理組織の使用による費用の請求を開始するにあたり、確認試験を受けたので次のとおり依頼します。  
なお、審査支払機関のオンライン請求システム利用規約に同意します。

点 数 表 区 分	医 科	・	D P C	・	歯 科	・	調 剤
医療機関 (薬局) コード	.....	.....	.....	.....	.....	.....	電話番号
保険医療機関 (薬局) 名							
保険医療機関 (薬局) 所在地	〒						
レセコンのプログラム名称							
レセコンのソフトウェア名 (プログラムの作成者の氏名)							
パソコンの基本ソフト (OS) ・ ブラウザ							
オンライン請求システムに係 る安全対策の規程	有			無			
電 気 通 信 回 線	I P - V P N 接 続	(	ISDN タ イ ヤ ル ア ッ プ 接 続	)	インターネット接続 (IPsec+IKE) [ IPsec + IKE 提供事業者名 ]		
備 考							

## 《 作成要領 》

- 1 本依頼書は、保険医療機関 (薬局) で電子情報処理組織の使用による費用の請求が厚生労働大臣の定める方式に適合しているかどうか事前に確認したい場合、保険医療機関 (薬局) の所在する審査支払機関に医科、DPC、歯科及び調剤別に作成し提出する。
- 2 本依頼書の提出期日は確認試験を実施する月の前月 20 日までとする。
- 3 「点数表区分」欄には、医科、DPC、歯科及び調剤の別を○で囲む。
- 4 「医療機関 (薬局) コード」、「電話番号」、「保険医療機関 (薬局) 名」及び「保険医療機関 (薬局) 所在地 (郵便番号を含む。)」欄には、保険医療機関届で届け出た記載内容を記入する。
- 5 「レセコンのプログラム名称」欄には、ソフトの名称及びシリーズ名を記入する。
- 6 「レセコンのソフトウェア名」欄には、ソフトウェア名又はプログラムの作成者の氏名を記入する。
- 7 「パソコンの基本ソフト (OS) ・ ブラウザ」欄には、オンライン請求システムの送信機器の基本ソフト名及びブラウザ名を記入する。
- 8 《記載例》 OS: ウィンドウズ 10 ブラウザ: インターネットエクスプローラ 11  
「オンライン請求システムに係る安全対策の規程」欄の有・無を○で囲む。
- 9 「電気通信回線」欄には、電気通信回線への接続方法が I P - V P N 接続、ダイヤルアップ接続及びインターネット接続 (IPsec+IKE) (IPsec (IETF (Internet Engineering Task Force) において標準とされた、IP (Internet Protocol) レベルの暗号化機能。認証や暗号のプロトコル、鍵交換のプロトコル、ヘッダー構造など複数のプロトコルの総称) と IKE (Internet Key Exchange; IPsec で用いるインターネット標準の鍵交換プロトコル) を組み合わせた接続に限る。) の別を○で囲む。  
なお、ダイヤルアップ接続 ( I S D N ) の場合は、専用電話番号を、インターネット接続 (IPsec と IKE を組み合わせた接続に限る。) の場合は、提供事業者名を記入する。
- 10 本届出をオンライン申請する場合は、前項までに準じるものとする。

光ディスク等を用いた費用の請求に関する届出

厚生労働大臣の定める方式に従って記録した厚生労働大臣の定める規格に適合する光ディスク等を用いた費用の請求を **開始** することに関し、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」の **変更** 規定に基づき届け出ます。

令和 年 月 日

住所

(審査支払機関名)

御中

開設者

氏名

医療機関（薬局）コード	.....	点数表区分	医 科・D P C・歯 科・調 剤
保険医療機関（薬局）名		電話番号	
保険医療機関（薬局）所在地		郵便番号	.....-.....
プログラム名称			
ソフトメーカー名 (プログラムの作成者の氏名)			
請求開始・変更年月	令和 年 月請求分から		※ 受付印
電子媒体	F D	M O	C D - R
記録形式	M S - D O S / C S V 形式		
備 考			

## 作成要領

- 1 この様式は、光ディスク等を用いた費用の請求を開始又は変更しようとするとき、保険医療機関（薬局）の所在する審査支払機関に医科、D P C、歯科及び調剤別に作成し提出する。
- 2 光ディスク等を用いた費用の請求を開始又は変更しようとするとき、その別を○で囲む。
- 3 「点数表区分」欄には、医科、D P C、歯科及び調剤の別を○で囲む。
- 4 「医療機関（薬局）コード」、「保険医療機関（薬局）名」、「電話番号」、「保険医療機関（薬局）所在地」及び「郵便番号」欄には、保険医療機関届で届け出た記載内容を記入する。
- 5 「プログラム名称」欄には、ソフトの名称及びシリーズ名を記入する。
- 6 「ソフトメーカー名」欄には、ソフトメーカー名又はプログラムの作成者の氏名を記入する。
- 7 「請求開始・変更年月」欄には、光ディスク等を用いた費用の請求を開始又は変更しようとするときに、当該診療（調剤）報酬の請求年月を記入する。
- 8 「電子媒体」欄には、記録する電子媒体を○で囲む。
- 9 本届出をオンライン申請する場合は、前項までに準じるものとする。

令和 年 月 日

御中

住 所  
開設者  
氏 名

光ディスク等を用いた費用の請求に係る確認試験依頼書

光ディスク等を用いた費用の請求を開始するにあたり、確認試験を受けたいので次のとおり依頼します。

点 数 表 区 分	医 科・DPC・歯 科・調 剤	依 頼 回 数		新 規・ 回 目
医 療 機 関（薬 局） コード	⋮	⋮	⋮	電 話 番 号
保 険 医 療 機 関（薬 局） 名				
保 険 医 療 機 関（薬 局） 所 在 地	〒			
プ ロ グ ラ ム 名 称				
ソ フ ト メ ー カ ー 名 (プログラムの作成者の氏名)				
電 子 媒 体	F D	M O	C D - R	
見 込 件 数	入 院 ・		入 院 外 ・	
備 考				

《 作成要領 》

- 1 本依頼書は、保険医療機関（薬局）で作成する光ディスク等が厚生労働大臣の定めた記録条件仕様等に適合しているか事前に確認したい場合、保険医療機関（薬局）の所在する審査支払機関に医科、DPC、歯科及び調剤別に作成し提出する。
- 2 本依頼書の提出期日は確認試験を実施する月の前月 20 日までとする。
- 3 「点数表区分」欄には、医科、DPC、歯科及び調剤の別を○で囲む。
- 4 「依頼回数」欄には、新規又は何回目の確認試験依頼か記入する。
- 5 「医療機関（薬局）コード」、「電話番号」、「保険医療機関（薬局）名」及び「保険医療機関（薬局）所在地（郵便番号を含む。）」欄には、保険医療機関届で届け出た記載内容を記入する。
- 6 「プログラム名称」欄には、ソフトの名称及びシリーズ名を記入する。
- 7 「ソフトメーカー名」欄には、ソフトメーカー名又はプログラムの作成者の氏名を記入する。
- 8 「電子媒体」欄には、記録する電子媒体を○で囲む。
- 9 「見込件数」欄には、確認試験を受ける際の見込件数を記入する。
- 10 本届出をオンライン申請する場合は、前項までに準じるものとする。



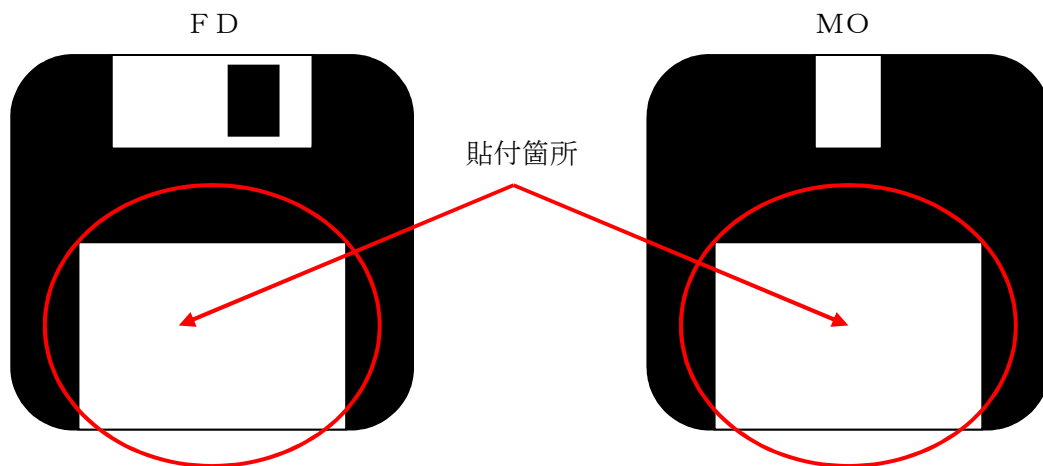
## 電子媒体への表記

電子媒体への表記については、ファイル名（コーディングデータ）、医療機関コード、保険医療機関名称、診療月分及び提出年月日並びに支払基金又は国保連の別を記載する。

### 1 FD・MOへの貼付ラベル

コーディングデータ	支払基金 ・ 国保連
医療機関コード	
保険医療機関名称	
診療月分            年            月分	
提出年月日                    年            月            日	

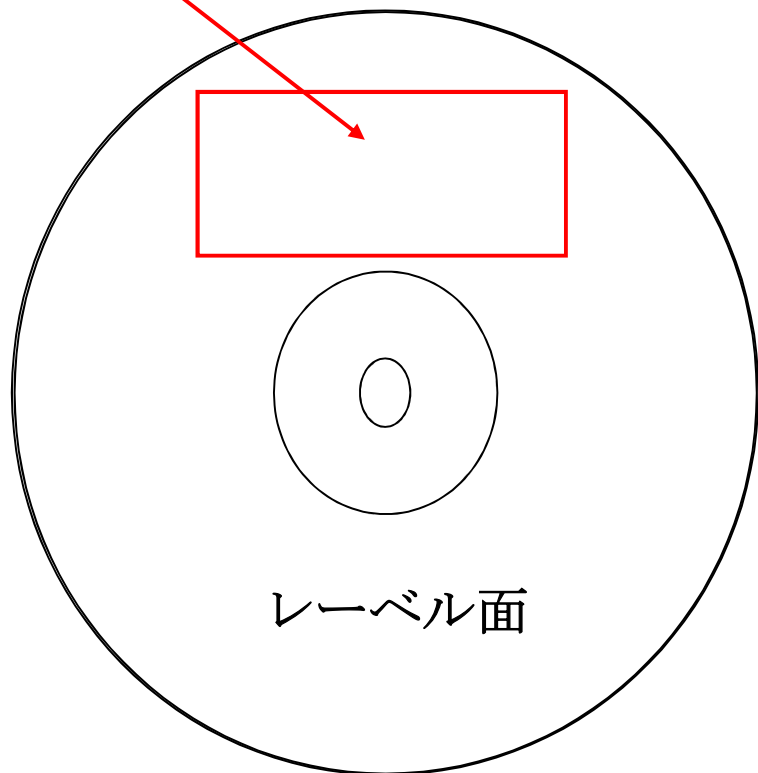
FD及びMOへのラベルの貼付箇所



2 CD-Rへの表記

レーベル面にシール等を貼付せずに、フェルトペン等により記入すること。

コーディングデータ			
医療機関コード			
保険医療機関名称			
診療月分	年	月分	
提出年月日	年	月	日
支払基金	・	国保連	



(審査支払機関名) 御中

住 所  
開設者  
氏 名

光ディスク等送付書

医療機関（薬局）コード			
医療機関（薬局）名称			
点数表区分	医 科 ・ D P C ・ 歯 科 ・ 調 剤		
診療（調剤）月分	令和 年 月診療（調剤）分		
提出年月日	令和 年 月 日		
媒体種類	F D	M O	C D - R
媒体枚数	枚		
備 考			

※ 1 本送付書は、点数表区分別に作成すること。

※ 2 点数表区分及び媒体種類については、該当に○を付すこと。

別添 7

事務代行者を介した電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届出

事務代行者を介して行う厚生労働大臣の定める方式に従って電子情報処理組織の使用による費用の請求を（ 開始 ・ 変更 ・ 中止 ）することに関し、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」の規定に基づき届け出ます。

令和 年 月 日

住所

開設者

氏名

（審査支払機関名）

御中

事務代行者コード		事務代行者名	
事務代行者所在地			
事務代行者電話番号		事務代行者郵便番号	-
保険医療機関（薬局）コード		点数表区分	医科・DPC・歯科・調剤
保険医療機関（薬局）名		保険医療機関（薬局）電話番号	
保険医療機関（薬局）所在地		保険医療機関（薬局）郵便番号	-
事務代行者におけるレセコンのプログラム名称		請求開始・変更・中止年月	令和 年 月請求分から
事務代行者におけるレセコンのソフトメーカー名（プログラムの作成者の氏名）			※ 受付印
備 考			

## 作成要領

- 1 この様式は、保険医療機関等が事務代行者を介して行う、電子情報処理組織の使用による費用の請求を開始する場合、中止する場合又は事務代行者が使用しているプログラムを変更する場合、審査支払機関に医科、D P C、歯科及び調剤別に作成し提出する。
- 2 事務代行者を介した電子情報処理組織の使用による費用の請求を開始、変更又は中止しようとするとき、その別を○で囲む。
- 3 「点数表区分」欄には、医科、D P C、歯科及び調剤の別を○で囲む。
- 4 「事務代行者コード」は、社会保険診療報酬支払基金より交付された事務代行請求者コードを記入する。
- 5 「保険医療機関（薬局）コード」、「保険医療機関（薬局）名」、「保険医療機関電話番号」、「保険医療機関（薬局）所在地」及び「保険医療機関（薬局）郵便番号」欄には、保険医療機関届で届け出た記載内容を記入する。
- 6 「事務代行者におけるレセコンのプログラム名称」欄には、レセプトを作成したレセコンのソフトの名称及びシリーズ名を記入する。ただし、各保険医療機関（薬局）で電子レセプトを作成した場合は、電子レセプトを作成したレセコンのソフトの名称及びシリーズ名を記入する。
- 7 「事務代行者におけるレセコンのソフトメーカー名（プログラムの作成者の氏名）」欄には、レセプトを作成したレセコンのソフトメーカー名又はプログラムの作成者の氏名を記入する。ただし、各保険医療機関（薬局）で電子レセプトを作成した場合は、電子レセプトを作成したレセコンのソフトメーカー名又はプログラムの作成者の氏名を記入する。
- 8 「請求開始・変更・中止年月」欄には、事務代行者を介して行う、電子情報処理組織の使用による費用の請求を開始、変更又は中止しようとするときに、当該診療（調剤）報酬の請求年月を記入する。
- 9 本届出をオンライン申請する場合は、前項までに準じるものとする。