

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

医療情報基盤・診療報酬審査支払機構 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

No.	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DX審査支払機構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。