

# 事業完了報告書記載例

西暦 ○○○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

社会保険診療報酬支払基金理事長 あて

都道府県コード	○	○	点数表コード	○			
保険医療機関等コード	○	○	○	○	○	○	○
保険医療機関等名称	○○病院						
開設者氏名	○○ ○○						
所在地	〒 ○○○-○○○						
	○○県○○市○○○○○○○						
電話番号	○○-○○○○-○○○○						

## オンライン資格確認等事業完了報告書

1. 以下のシステム整備が完了している全ての項目にチェックを付してください。※

- 顔認証付きカードリーダーを活用し、オンライン資格確認システムが整いましたので、報告します。（必須）
- 上記のオンライン資格確認等システムを活用し、薬剤情報・特定健診情報閲覧環境が整いましたので、報告します。
- 上記のオンライン資格確認等システムを活用し、患者の資格確認システムが整いましたので、報告します。

⇒ オンライン資格確認を行うためのシステム整備が全て整い、運用が開始できる状態であることを確認した上で、事業が完了した意思表示としてチェックを付してください。  
併せて薬剤情報、特定健診情報を閲覧する環境が整った場合は、同様にチェックを付してください。

※ オンライン資格確認等事業完了報告書については、「交付金実施要領」の「第2 交付対象事業」に規定された事項にチェックを付してください。

- ① 顔認証付きカードリーダーを活用し、患者の資格確認システムが整いましたので、報告します。
- ② 過去の薬剤情報又は特定健診情報を閲覧する環境が整いましたので、報告します。

※本番運用前でもオンライン資格確認の運用（プレ運用）に参加できますので、速やかな参加にご協力をお願いします。

2. オンライン資格確認を導入する場合、オンライン資格確認利用申請及び電子証明書発行申請の完了が必要です。完了している場合はチェックを付してください。（必須）

- オンライン資格確認利用申請が完了しています。

- 電子証明書発行申請が完了しています。必須項目になりますので、申請前にチェックが付されていることを確認してください。