



福島医発第2276号(地)
平成22年 3月17日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会長 横 倉 義 武
(公印省略)

電子レセプト化免除・猶予の届出について

時下 貴職益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

平成21年11月25日付で請求省令の改正が行われ、平成22年6月30日までの経過措置期間終了後、平成22年7月診療分(8月請求分)より原則電子レセプト請求(オンラインによる請求又は光ディスク等電子媒体を用いた請求)を行うこととされています。

ただし、免除又は猶予に該当する場合には、下記のとおり届出を行うことにより電子レセプト請求が免除又は猶予となります。この件について、既に支払基金並びに国保連合会より対象医療機関へ2月と3月の2回通知されていますが、まだ、免除・猶予届出を提出されていない医療機関があります。

つきましては、免除又は猶予に該当する医療機関につきまして、届出漏れがないよう貴会会員へ周知方よろしくお願い申し上げます。

記

1. 免除該当

1) レセコン未使用(手書き)の場合(免除届出書 様式第1号)

対 象	免除提出期限
病院・診療所	平成22年3月31日

※現在レセコンを使用している医療機関等も、あらかじめ届出を行うことで手書きレプトに移行することもできます。(書面による請求の届出書 様式第5号)

2) 常勤の保険医・保険薬剤師が全員65歳以上(病院及び既電子レセプト請求診療所・薬局を除く)

レセコン使用(既電子レセプト請求機関を除く)又はレセコン未使用(手書き)保険医療機関等(病院を除く)で、常勤の保険医・保険薬剤師が基準日において全員65歳以上の場合は、審査支払機関に免除届を期限までに提出することで、電子レセプト請求が免除となり、書面による請求を行うことができます。(免除(非該当)届出書 様式第2号)

対象	基準日	対象生年月日	免除届提出期限
レセコン使用診療所	平成22年7月1日	昭和20年7月2日以前に生まれた者	平成22年3月31日
レセコン未使用(手書き)診療所	平成23年4月1日	昭和21年4月2日以前に生まれた者	平成22年12月31日

小郡三井医師会より

医業経営担当理事 廣瀬真恵
会長 丸山 泉

2. 猶予該当

1) レセコンの購入から5年（保守管理契約（延長含む）中）

平成21年11月25日以前に購入したレセコンについて、減価償却期間である5年間（減価償却期間後であっても当該レセコンの保守管理契約中（平成21年11月26日以降の延長を含む）の間）は、審査支払機関に猶予届を期限までに提出することで、電子レセプト請求が猶予となり、書面による請求を行うことができます。（猶予届出書 様式第3号）

対象医療機関	猶予期間	猶予届提出期限
病院・診療所	購入した日から5年を経過した日（又は保守管理契約の終了の日）が属する月の末日又は平成27年3月31日のいずれか早い日	平成22年3月31日

※猶予期間終了日の翌月診療分から電子レセプト請求となります。

2) レセコンのリース契約（延長含む）中

平成21年11月25日以前にレセコンをリース契約（平成21年11月26日以降の延長を含む）している場合は、審査支払機関に猶予届を期限までに提出することで、電子レセプト請求が猶予となり、書面による請求を行うことができます。再リースによりリースを延長した場合は、届出が必要となります。（猶予届出書 様式第3号）

対象医療機関	猶予期間	猶予届提出期限
病院・診療所	当該レセコンのリース契約終了日（延長契約の終了日）又は平成27年3月31日のいずれか早い日	平成22年3月31日

※猶予期間終了日の翌月診療分から電子レセプト請求となります。

3) 電子レセプトによる請求が特に困難な場合

次に該当する場合は、その旨あらかじめ（原則、請求日の1ヶ月前に）審査支払機関に猶予届を提出することで、電子レセプト請求が猶予となり、書面による請求を行うことができます。（猶予届出書 様式第4号）

電気通信回線設備に障害が発生した場合	あらかじめ提出※
レセコンの販売又はリース業者との間で電子媒体による請求に係る契約を提出しているが、導入時に係る作業が完了していない場合	あらかじめ提出※
改築の工事中又は臨時の施設で診療を行っている場合	あらかじめ提出※
廃止又は休止に関する計画を定めている場合	あらかじめ提出※
その他電子レセプト請求を行うことに、特に困難な事情がある場合	あらかじめ提出※

※あらかじめ提出できないやむを得ない事情がある場合は、書面による請求を行う当日に届出を行うことができます。その場合、内容を確認できる資料は、請求の事後速やかに審査支払機関に提出願います。

4. 届出書

免除・猶予		届出様式	届出期限
免 除	レセコン未使用（手書き） 上記１の１）	免除届出書 様式第１号	平成 22 年 3 月 31 日
	常勤の保険医・保険薬剤師 が全員 65 歳以上（病院及 び既電子レセプト請求診療 所・薬局を除く） 上記１の２）	免除（非該当）届出書 様式第 2 号	レセコン使用診療所 平成 22 年 3 月 31 日
			レセコン未使用（手書 き）診療所 平成 22 年 12 月 31 日
猶 予	レセコンの購入から 5 年 （保守管理契約（延長含む） 中） 上記２の１）	猶予届出書 様式第 3 号	平成 22 年 3 月 31 日
	レセコンのリース契約（延 長含む）中 上記２の２）	猶予届出書 様式第 3 号	平成 22 年 3 月 31 日
	電子レセプトによる請求が 特に困難な場合 上記２の３）	猶予届出書 様式第 4 号	あらかじめ提出

※届出は、福岡県社会保険支払基金並びに福岡県国保連合会ともに必要です。

※届出書は、支払基金・国保連合会とも同じ様式です。

オンライン届①

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。

平成 年 月 日

住所

開設者

氏名

㊞

（審査支払機関名）

御中

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	平成 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 Vista ブラウザ : インターネットエクスプローラ 7

- 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）（I P sec（IETF(Internet Engineering Task Force)において標準とされた、I P(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 I K E（Internet Key Exchange；I P sec 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（I P sec と I K E 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。

オンライン届②

電子証明書（発行・失効）依頼書

【保險医療機関 保険薬局 特定健康診査・特定保健指導機関】

平成 年 月 日

社会保険診療報酬支払基金 御中

開設者 住所

又は

電子証明書の発行（失効）を依頼します。

請求者 氏名 (代表者)

印

機関種別	☐ 保険医療機関 ☐ 保険薬局 ☐ 特定健診・特定保健指導機関	都道府県	点数表	機関コード							
機関名称	(フリガナ)										
所在地	〒 -										
電話番号	—										
電子証明書の 使用用途	☐ レセプトのオンライン請求で 사용합니다。 ☐ 特定健診・特定保健指導費用のオンライン請求で 사용합니다。 ☐ レセプト及び特定健診・特定保健指導費用のオンライン請求で 사용합니다。										
発行料 (更新料)	☐ 診療（調剤）報酬支払額から控除することを希望します。 ☐ 払込請求書による振込みを希望します。 ※ 機関種別が特定健診・特定保健指導機関の場合には、 「払込請求書による振込み」を選択してください。										
失効理由											

注：電子証明書は社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険団体連合会共通です。

基金使用欄	受付		確認	
-------	----	--	----	--

【作成要領】

- 1 この様式は、電子証明書を発行又は失効するとき、機関の所在する社会保険診療報酬支払基金に提出してください。
- 2 電子証明書発行事務は社会保険診療報酬支払基金で行うので、国民健康保険団体連合会への本様式の提出は不要です。
また、電子証明書はレセプトのオンライン請求及び特定健診・特定保健指導費用のオンライン請求の双方で使用できます。
既にレセプトのオンライン請求又は特定健診・特定保健指導費用のオンライン請求で電子証明書を取得している場合には、本様式の提出は不要です。
- 3 電子証明書を発行又は失効しようとするとき、その別を○で囲んでください。
- 4 「開設者又は請求者」欄には、開設者（又は請求者）の住所・氏名の記入及び開設者（又は請求者）の押印をしてください。
なお、法人の場合は、代表者名を記入してください。
- 5 「機関種別」欄には、該当する機関の□にチェックをし、都道府県番号、点数表及び機関コードを記入してください。
- 6 「機関名称」、「所在地」及び「電話番号」欄には、保険医療機関届又は特定健診・特定保健指導機関届で届け出た記載内容を記入してください。
- 7 「電子証明書の使用用途」欄には、電子証明書を使用する用途の□にチェックをしてください。
- 8 「発行料（更新料）」欄は、希望する払込方法の□にチェックをしてください。
なお、機関種別が特定健診・特定保健指導機関の場合には、「払込請求書による振込み」を選択してください。
- 9 電子証明書の失効依頼書を提出する場合は、「失効理由」欄に失効理由を簡記願います。

【留意事項】

- 1 電子証明書の有効期間は3年です。また、電子証明書は3年ごとに自動更新します。
- 2 電子証明書の発行（更新）の際には、発行（更新）料として4,000円（消費税含む）が必要です。
- 3 電子証明書の発行（更新）料は、電子証明書をダウンロードする際に発生します。
- 4 保険医療機関（特定健診・特定保健指導を実施している保険医療機関を含む）及び保険薬局への発行（更新）料は、電子証明書をダウンロードした月の翌々月に、診療（調剤）報酬支払額からの控除又は「電子証明書発行・更新料払込請求書」による振込みとなります。
- 5 特定健診・特定保健指導機関への発行（更新）料は、電子証明書をダウンロードした月の翌々月に、「電子証明書発行・更新料払込請求書」による振込みとなります。
- 6 電子証明書の利用者の都合により電子証明書を再発行（新規発行の取扱いとなる）する場合は、発行料として4,000円が必要となります。
- 7 更新の際に、依頼書の提出は必要ありません。

レセ電届

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。

平成 年 月 日

住所

(審査支払機関名)

御中

開設者

氏名

印

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	平成 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。

手書き免除届

請求省令附則第五条による免除届出書

本医療機関（薬局）は、「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」附則第五条の規定に基づき下記のとおり届け出ます。

附則第五条

請求省令第五条第一項（※1）の規定の適用を受けようとする保険医療機関又は保険薬局であって、平成21年11月26日（請求省令の改正日）において書面による請求を行っているものは、次の期限（※2）までに届出書を届け出るものとする。

※1：レセプトコンピュータを使用していない保険医療機関又は保険薬局は、書面による請求を行うことができる。
※2：内科病院、内科診療所…平成22年3月31日まで、歯科病院、歯科診療所、薬局…平成22年12月31日まで

平成 年 月 日

住 所

（ 審 査 支 払 機 関 名 ） 御 中 開 設 者

氏 名

印

① 区分	(内科病院 ・ 内科診療所 ・ 歯科病院 ・ 歯科診療所 ・ 薬局)									
② 医療機関(薬局)コード							③ 電話番号			
④ 保険医療機関(薬局)名							⑤ 郵便番号			—
⑥ 保険医療機関(薬局)所在地									※ 受付印	
⑦ 備 考										

【記入に当たっての説明】

ア. ①欄は、貴医療機関（薬局）の該当区分に○印を付けること。

イ. ②から⑥欄は、保険医療機関・保険薬局指定申請書により届け出た記載内容を記入すること。

65歳以上免除届

請求省令第六条第二項又は第三項による免除（非該当）届出書

本医療機関（薬局）は、「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」第六条第二項又は第六条第三項の規定に基づき、下記のとおり届け出ます。

第六条第二項 《免除該当》

請求省令第六条第一項（※1）の規定により、届出を行おうとする保険医療機関又は保険薬局のうち次に該当（※2）する場合は、次の期限（※2）までに届け出るものとする。

- ※1：保険医療機関である診療所又は保険薬局（レセプトコンピュータを使用している診療所又は保険薬局であって、電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求を行える体制を有するものを除く。）のうち、次に掲げる区分の日において診療又は調剤に従事する常勤の保険医又は保険薬剤師の年齢が満65歳以上のもの
- レセプトコンピュータを使用している 薬局…平成21年4月1日、医科診療所…平成22年7月1日、歯科診療所…平成23年4月1日
 - レセプトコンピュータを使用していない 診療所又は薬局…平成23年4月1日
- ※2：●レセプトコンピュータを使用している 薬局…平成21年12月10日、医科診療所…平成22年3月31日、歯科診療所…平成22年12月31日
- レセプトコンピュータを使用していない 診療所又は薬局…平成22年12月31日

第六条第三項 《免除非該当》

第六条第一項に該当していた保険医療機関である診療所又は保険薬局において、上記区分の日における年齢が65歳未満である常勤の保険医又は保険薬剤師が新たに従事することとなった場合

平成 年 月 日

住所

(審査支払機関名) 御中 開設者

氏名

印

① 該当内容・区分	免除（該当・非該当）		（医科診療所・歯科診療所・薬局）			
② 医療機関（薬局）コード			③ 電話番号			
④ 保険医療機関（薬局）名			⑤ 郵便番号			
⑥ 保険医療機関（薬局）所在地						
⑦ 免除に該当する診療所又は保険薬局の常勤の保険医又は保険薬剤師の人数・生年月日（全員分記載） ※欄が足りない場合は、備考欄に記載すること	常勤人数	大・昭	年	月	日	※ 受付印
		大・昭	年	月	日	
		大・昭	年	月	日	
⑧ ⑦欄の確認にあたって、添付書類のみで確認できなかった場合は、 地方厚生（支）局に確認を行うことについての同意		同意（する・しない）				
⑨ 備考						

【記入に当たっての説明】

- ア. ①欄は、貴医療機関（薬局）の該当内容及びの該当区分に○印を付けること。
- イ. ②から⑥欄は、保険医療機関・保険薬局指定申請書により届け出た記載内容を記入すること。
- ウ. ⑦欄は、貴医療機関（薬局）で従事する常勤の保険医又は保険薬剤師全員分の生年月日を記入すること。
- エ. ⑧欄は、地方厚生（支）局に確認を行うことに同意するか否か該当するものに○印を付けること。
なお、同意「しない」に○を付けられる際には、記入内容を確認できなかったり、書類不備があった場合に届出書の再提出や添付書類の追加提出などを求められることとなりますので、ご承知願います。
（届出書の確認事務の効率化のため、なるべく同意いただきますようお願いいたします。）

【添付書類の説明】

- ・ 免除に該当する診療所又は保険薬局は下記ア、イの書類を必ず添付すること。
- ・ なお、書類漏れ等の不備がある場合は、届出書を返戻させていただく場合があります。

ア. ⑦欄に記入する生年月日を確認できる書類（医師（薬剤師）免許証の写し等）

イ. 貴医療機関（薬局）における常勤医師（薬剤師）の構成が確認できる書類（届出書に記入されている常勤医師（薬剤師）について地方厚生（支）局に届け出ている保険医療機関・保険薬局指定申請書の写し等）

※保険医療機関・保険薬局指定申請書などの確認できる書類を添付できない場合は、添付できない理由書を必ず添付し、⑧欄に必ず同意をしてください。

（常勤医師（薬剤師）の構成を確認できない場合、免除の対象とならない可能性がありますので、留意願います。）

購入・リース猶予届

請求省令附則第四条第二項による猶予届出書

本医療機関（薬局）は、「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」附則第四条第二項の規定(※)に基づき、附則第四条第二項の表中第一号又は第二号に掲げる保険医療機関・保険薬局に該当するため、下記のとおり届け出ます。

※ 附則第四条第二項

次の①に該当する病院若しくは診療所又は薬局において、②の日の3か月前の日までに、③又は④に該当する旨を審査支払機関に届け出たものは、⑤の日までの間は、書面による請求を行うことができる。

①レセプトコンピュータを使用している病院若しくは診療所又は薬局（電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求を行える体制を有しない病院若しくは診療所又は薬局に限り、かつ薬局にあっては、平成20年4月1日から平成21年3月31日までの間における請求件数が1,200件以下に限る）

② ●薬局は平成21年3月31日、●病院・診療所（歯科に係るものを除く）は平成22年6月30日、●病院・診療所（歯科に係るものに限り）は平成23年3月31日

③附則第四条第二項表中第一号

自ら購入したレセプトコンピュータ（平成21年11月25日以前に購入）であり、購入した日から5年（保守管理契約（平成21年11月26日以降に延長されたものも含む。）を締結している場合はその契約の終了日）を経過した日が電子媒体又はオンライン請求への移行期限（*）以降である場合

④附則第四条第二項表中第二号

レセプトコンピュータをリース契約（平成21年11月25日以前に締結したもの。同年11月26日以降に延長したものも含む。）したものであり、当該リース契約の終了の日が電子媒体又はオンライン請求への移行期限（*）以降である場合

⑤猶予期間

●購入した日（又はリース契約終了の日）の属する月の末日又は平成27年3月31日（薬局の場合は平成23年3月31日）のいずれか早い日

* 薬局は平成21年4月1日以降、●病院又は診療所（医科に限る）は平成22年7月1日以降、●病院又は診療所（歯科に限る）は平成23年4月1日以降

平成 年 月 日

住 所

開設者

氏 名



(審 査 支 払 機 関 名) 御 中

① レセコン契約・区分	(購 入 ・ リ ー ス) 契 約	(医科病院・医科診療所・歯科病院・歯科診療所・薬局)	
② 医療機関（薬局）コード		③ 電話番号	
④ 保険医療機関（薬局）名		⑤ 郵便番号	
⑥ 保険医療機関（薬局）所在地			
⑦ 保険薬局の場合、平成20年4月1日から平成21年3月31日までの間における請求件数	件	(支払基金分 件) (国保連合会分 件)	※ 受付印
⑧ レセコンを購入契約している場合、 購入年月日及び保守管理契約終了年月日	(購 入 年 月 日)	平成 年 月 日	
	(保守管理契約終了年月日)	平成 年 月 日	
⑨ レセコンをリース契約している場合、 レセコンのリース期間の始期及び終期	平成 年 月 日 ~ 年 月 日		
⑩ レセコンのソフトメーカー名及びプログラム名称	(メーカー名) (プログラム名称)		
⑪ 備 考			

【記入に当たっての説明】

- ア. ①欄は、貴医療機関（薬局）のレセコンの契約形態及び該当する区分に○印を付けること。
- イ. ②から⑥欄は、保険医療機関届・保険薬局指定申請書により届け出た記載内容を記入すること。
- ウ. ⑦欄は、貴薬局における当該期間の請求件数を記入すること。
また、当該件数の内訳（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会に提出した件数）も記入。
- エ. ⑧欄は、貴医療機関（薬局）において現在使用しているレセコンを購入した年月日及びそのレセコンの保守管理が終了する年月日を記入すること。
- オ. ⑨欄は、貴医療機関（薬局）において現在使用しているレセコンのリース期間の始期及び終期の年月日を記入すること。
- カ. ⑩欄は、ソフトメーカー名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し、プログラム名称はレセコンのソフトの名称及びシリーズ名を記入すること。

【添付書類の説明】

- ・レセコンを購入契約している保険医療機関又は保険薬局は、下記のア及びウの書類を必ず添付すること。
- ・レセコンをリース契約している保険医療機関又は保険薬局は、下記のイ及びウの書類を必ず添付すること。
- ・なお、書類漏れ等の不備がある場合は、届出書を返戻させていただく場合があります。

- ア. 現在使用しているレセコンの購入年月日及び保守管理終了年月日を確認できる書類
- イ. 現在使用しているレセコンのリース期間の始期及び終期を確認できる書類
- ウ. 現在使用している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、レセコンのソフトの名称及びシリーズ名を確認できる書類

【留意事項】

本届出書提出後、リース契約又は保守管理契約の延長を行った場合は、再度届出が必要となりますので、忘れずに届出していただきますよう、よろしくお願いします。

個別事情猶予届

請求省令附則第四条第五項による猶予届出書

本医療機関（薬局）は、「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」附則第四条第五項の規定（※）に基づき、附則第四条第五項第一号から第五号のいずれかに該当する保険医療機関・保険薬局であるため、下記のとおり届け出ます。

※ 附則第四条第五項

保険医療機関又は保険薬局のうち、次の各号に掲げるものに該当する旨をあらかじめ審査支払機関に届け出たものは、書面による請求を行うことができる。

●附則第四条第五項第一号（一号該当）

電気通信回線設備の機能に障害が生じた保険医療機関又は保険薬局であって、当該障害が生じている間、電子情報処理組織の使用による請求ができないもの

●附則第四条第五項第二号（二号該当）

レセプトコンピュータの販売又はリースの事業者との間で光ディスク等を用いた請求に係る設備の設置又はソフトウェアの導入に係る契約を締結している保険医療機関又は保険薬局であって、当該設置又は導入に係る作業が完了しておらず、完了するまでの間、光ディスク等を用いた請求ができないもの

●附則第四条第五項第三号（三号該当）

改築のための工事中である施設又は臨時の施設において診療又は調剤を行っている保険医療機関又は保険薬局であって、当該施設において診療又は調剤を行っている間、電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求ができないもの

●附則第四条第五項第四号（四号該当）

廃止又は休止に関する計画を定めている保険医療機関又は保険薬局であって、廃止又は休止までの間、電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求ができないもの

●附則第四条第五項第五号（五号該当）

その他電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求を行うことが特に困難な事情がある保険医療機関又は保険薬局

平成 年 月 日

（審査支払機関名） 御中

住所

開設者

氏名

印

① 該当号 ・ 区分	(一 号 ・ 二 号 ・ 三 号 ・ 四 号 ・ 五 号) 該 当				(医科病院・医科診療所・歯科病院・歯科診療所・薬局)			
② 医療機関（薬局）コード					③ 電話番号			
④ 保険医療機関（薬局）名					⑤ 郵便番号			
⑥ 保険医療機関（薬局）所在地								
⑦ 一号に該当する場合、回線機能障害理由							※ 受付印	
⑧ 二号に該当する場合、レセプトコンピュータの販売又はリースの事業者及び電気通信事業者との契約日及び作業完了予定日	事業者との契約日		平成	年	月	日		
	作業完了予定日		平成	年	月	日		
⑨ 三号に該当する場合、工事開始日又は臨時施設利用開始日及び終了予定日	工事又は臨時施設開始日		平成	年	月	日		
	工事又は臨時施設終了予定日		平成	年	月	日		
⑩ 四号に該当する場合、廃止又は休止予定日	廃止又は休止予定日		平成	年	月	日		
⑪ 五号に該当する場合、特に困難な事情の内容								
⑫ 備 考								

【記入に当たっての説明】

ア. ①欄は、貴医療機関（薬局）の附則第四条第五項第一号から第五号のいずれか該当する号及び該当する区分に○印を付けること。

イ. ②から⑥欄は、保険医療機関届・保険薬局指定申請書により届け出た記載内容を記入すること。

ウ. ⑦欄は、電気通信回線設備の機能障害により電子情報処理組織の使用による請求を行うことができなくなった理由を記入すること。ただし、その理由の判明が当該届出書を届出するまでに判明できない場合は、その旨を記入し、後日理由を提出すること。

エ. ⑧欄は、当該事業者との契約日及び作業完了予定日を記入すること。

オ. ⑨欄は、工事開始日又は臨時施設利用開始日及び終了予定日を記入すること。

カ. ⑩欄は、廃止又は休止計画をしている予定日を記入すること。

キ. ⑪欄は、電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求を行うことが困難である内容を記入すること。ただし、恣意的な理由による内容は認められないので、注意すること。

【添付書類の説明】

- ・それぞれ該当する書類を必ず添付すること。
- ・ただし、下記ア、イ、オについて、当該届出書と同時に書類を添付できないやむを得ない事情がある場合は、その旨を記入し、後日提出すること。
- ・なお、書類漏れ等の不備がある場合は、届出書を返戻させていただく場合があります。

ア. 一号に該当する場合、⑦欄に記入する理由を確認できる書類又は証明書

イ. 二号に該当する場合、事業者との契約書の写しなど契約期間を証明できる書類

ウ. 三号に該当する場合、改築などの工事の場合はその業者との契約書の写し、臨時施設利用の場合はその施設利用の契約書の写しなど、これらを証明できる書類

エ. 四号に該当する場合、廃止又は休止年月日を確認できる保険医療機関（保険薬局）廃止・休止・再開届の写しなど証明できる書類

オ. 五号に該当する場合、困難な事情を確認できる書類がある場合はその書類

本医療機関（薬局）は、「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」第七条第一項に基づき下記のとおり届け出ます。

第七条第一項

保険医療機関又は保険薬局は、書面による請求を始めようとするときは、あらかじめ、その旨を当該請求に係る審査支払機関に届け出なければならない。

次のいずれかに該当する保険医療機関又は保険薬局が対象。

- ・レセプトコンピュータを使用していない保険医療機関又は保険薬局であって、書面による請求方法を平成21年11月26日（請求省令改正の施行日）後に新たに開始しようとする場合（請求省令第五条第一項該当）
- ・保険医療機関である診療所又は保険薬局において、診療又は調剤に従事する常勤の保険医又は保険薬剤師の年齢が満65歳以上のものであり、レセプトコンピュータを使用して書面による請求を新たに開始しようとする場合（請求省令第六条第一項該当）

平成 年 月 日

住 所

（ 審 査 支 払 機 関 名 ） 御 中

開 設 者

氏 名

印

① 該当条 ・ 区分	(五 条 ・ 六 条) 要 件 該 当		医科病院・医科診療所・歯科病院・歯科診療所・薬局															
② 医療機関(薬局)コード								③ 電話番号										
④ 保険医療機関(薬局)名								⑤ 郵便番号				一						
⑥ 保険医療機関(薬局)所在地													※ 受付印					
⑦ 書面による請求開始予定年月								平成 年 月 予 定										
⑧ 六条要件に該当する診療所又は保険薬局の常勤の保険医又は保険薬剤師の人数・生年月日(全員分記載) ※欄が足りない場合は、備考欄に記載すること							常勤人数		大・昭 年 月 日									
									大・昭 年 月 日									
									大・昭 年 月 日									
⑨ ⑧欄の確認にあたって、添付書類のみで確認できなかった場合は、 地方厚生(支)局に確認を行うことについての同意								同意 (する ・ しない)										
⑩ 備 考																		

【記入に当たっての説明】

- ア. ①欄は、貴医療機関（薬局）の該当する要件及び該当区分に○印を付けること。
- イ. ②から⑥欄は、保険医療機関・保険薬局指定申請書により届け出た記載内容を記入すること。
- ウ. ⑦欄は、書面による請求を開始する請求予定年月を記入すること。
- エ. ⑧欄は、貴医療機関（薬局）で従事する常勤の保険医又は保険薬剤師全員分の生年月日を記入すること。
- オ. ⑨欄は、地方厚生（支）局に確認を行うことに同意するか否か該当するものに○印を付けること。
なお、同意「しない」に○を付けられる際には、記入内容を確認できなかったり、書類不備があった場合に届出書の再提出や添付書類の追加提出などを求められることとなりますので、ご承知願います。
（届出書の確認事務の効率化のため、なるべく同意いただきますようお願いいたします。）

【添付書類の説明】

- ・ 六条要件に該当する診療所又は保険薬局は下記ア、イの書類を必ず添付すること。
- ・ なお、書類漏れ等の不備がある場合は、届出書を返戻させていただく場合があります。

- ア. ⑧欄に記入する生年月日を確認できる書類（医師（薬剤師）免許証の写し等）
- イ. 貴医療機関（薬局）における常勤医師（薬剤師）の構成が確認できる書類（届出書に記入されている常勤医師（薬剤師）について地方厚生（支）局に届け出ている保険医療機関・保険薬局指定申請書の写し等）
※保険医療機関・保険薬局指定申請書などの確認できる書類を添付できない場合は、添付できない理由書を必ず添付し、⑨欄に必ず同意をしてください。
（常勤医師（薬剤師）の構成を確認できない場合、免除の対象とならない可能性がありますので、留意願います。）