

医療保険情報提供等実施機関 御中

オンライン資格確認（資格確認限定型）利用に関する申請書

オンライン資格確認（資格確認限定型）（以下「マイナ資格確認アプリ」という。）を利用するにあたり、「資格確認限定型オンライン資格確認等システム利用規約」に基づき申請します。

なお、医療保険情報提供等実施機関の「資格確認限定型オンライン資格確認等システム利用規約」に同意します。

※ 「資格確認限定型オンライン資格確認等システム利用規約」は、医療機関等向け総合ポータルサイトに掲載されています。

【マイナ資格確認アプリ利用申請項目】

以下項目はマイナ資格確認アプリの利用にあたって必要な情報になります。

申請区分（申請項目に チェック願います。）	<input type="checkbox"/> 1. ポータルサイトユーザー登録申請								
	<input type="checkbox"/> 2. マイナ資格確認アプリ利用開始申請								
	<input type="checkbox"/> 3. マイナ資格確認アプリ利用終了・変更申請								
担当者名									
医療機関等コード	都道府県	点数表	医療機関コード・薬局コード						
医療機関等名									
開設者氏名（漢字）									
電話番号									
メールアドレス（注1）									
パスワード（注1） ※英数字8文字以上100文字以下									
口座番号（注2） ※口座番号の下4桁									
職員数（注3）									
申請台数（注4）									
利用終了予定年月日 （注5）	西暦	年	月	日	<input type="checkbox"/> 取り消し			<input type="checkbox"/> 変更	

注1: 「1. ポータルサイトユーザー登録」済みの方は、登録情報を必ずご記入ください。「2. マイナ資格確認アプリ利用開始申請」に必要な項目となります。

なお、申請区分が「1. ポータルサイトユーザー登録申請」と「2. マイナ資格確認アプリ利用開始申請」の両方申請される方においては記入不要となります。

注2: マイナ資格確認アプリの利用にあたり、なりすましがいか等、利用施設の真正性確認が必要となります。利用施設の真正性確認のため、診療報酬請求等の費用請求に使用している金融機関の口座番号の下4桁をご記入ください。

ゆうちょ銀行の場合は通帳表紙の裏面の銀行使用欄もしくは、振込情報案内ページから口座番号および表記方法をご確認の上、ご記入ください。ご記入いただいた口座番号は施設の真正性確認のみに使用いたします。

注3: マイナ資格確認アプリを利用する職員数をご記入ください。

注4: マイナ資格確認アプリを利用する端末登録の台数をご記入ください。業務に必要な台数のみをご申請ください。

注5: 一度利用終了を申請された方で、利用終了を取り消したい場合は項目欄の「取り消し」、利用終了予定年月日を変更したい場合は年月日を記載の上、「変更」にチェック願います。

なお、マイナ資格確認アプリを利用するにあたり「運用開始（予定）日」の登録が必要となりますので、実施機関において登録した日を「運用開始（予定）日」とさせていただきます。