キビタン健康ネット　オンライン資格確認接続サービス　事前確認シート

キビタン健康ネットでオンライン資格確認接続サービスを利用希望の方は、下記の必要事項を記入のうえ、メールまたはFAXにてご提出ください。

**施設情報**

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 住　所 |  |
| 電話番号 |  |
| 御担当者名 |  |

Q1．現在のレセプト請求の形態を教えてください。

□オンライン　　□電子媒体　　□紙

Q2．オンライン資格確認接続サービスで利用予定の回線サービス、プロバイダについて教えてください。

□現在利用のインターネット回線と共用を希望

□オンライン資格確認・請求用に新しく回線サービス・プロバイダに申し込む予定

Q2．ご利用中のレセコン、電カル等の情報を教えてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| レセコン事業者電カル･訪看ｼｽﾃﾑ事象者 | （（ | ）） |
| インターネット接続有無 | レセコン端末からネット接続 □あり　　□なし電カル･訪看ｼｽﾃﾑ端末からネット接続 □あり　　□なし |

Q4．顔認証付カードリーダーの申込み状況（医療機関・薬局のみ）

□未申込み　　□申込み済（未到着）　□申込み済（到着済）

メーカー名： ○富士通 ○ﾊﾟﾅｿﾆｯｸ ○ｱﾙﾒｯｸｽ ○キャノン　○アトラス

Q5. ご質問等

|  |
| --- |
|  |