

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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 電カル・訪看システム端末からネット接続 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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 パナソニック アルメックス キャノン アトラス

Q5. ご質問等

--

----- 送り先 -----

F A X : 0 5 0 - 3 7 3 0 - 0 1 2 8 または E-mail : info@kibitan-k.net

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会 電 話 : 0 2 4 - 5 2 5 - 8 8 1 8