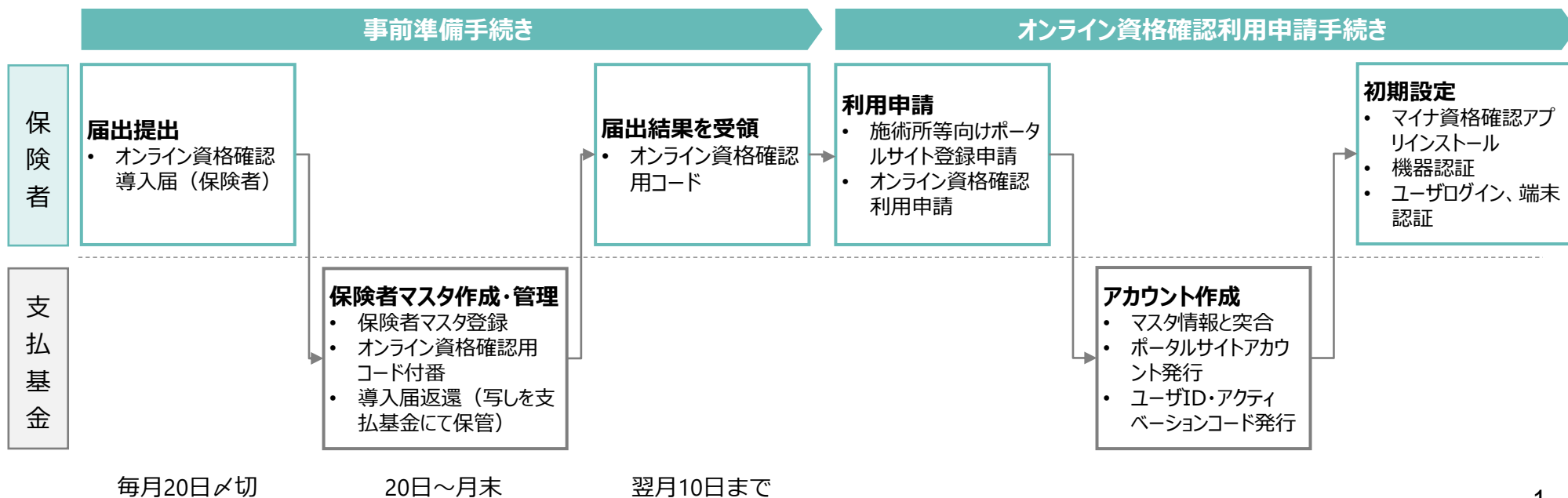


保険者が自ら特定健診・特定保健指導を実施する場合の届出

- 令和6年12月2日より健康保険証の新規発行が停止し、マイナ保険証へ移行することを踏まえ、特定健診・特定保健指導の実施機関（健診実施機関）において、任意でオンライン資格確認（資格確認限定型）の導入が可能となる。
- オンライン資格確認（資格確認限定型）を導入する健診実施機関を一元的に把握するために、社会保険診療報酬支払基金（支払基金）において、健診・保健指導機関番号によりマスタ管理を実施。
- 現在、自らが特定健診・特定保健指導を実施する**保険者においては、健診・保健指導機関番号が採番されていないため、導入に当たって、別途「オンライン資格確認導入届（保険者）」（参考1）を支払基金に提出いただき、返却された「オンライン資格確認用コード」を用いてオンライン資格確認の利用申請を行う。**
※オンライン資格確認を導入した後、廃止する場合は別途届出（参考2）の提出が必要。

保険者のオンライン資格確認導入フロー



オンライン資格確認導入届（保険者）

参考 1

オンライン資格確認導入届（保険者）

オンライン資格確認を導入する保険者として、下記のとおり届けます。

令和 年 月 日

社会保険診療報酬支払基金 情報化企画部

届出者

住所

氏名

① 機関の種類別	<input type="checkbox"/> ア 特定健診機関 <input type="checkbox"/> イ 特定保健指導機関	
② 名称	<input type="text"/>	
③ 所在地	郵便番号	電話番号
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
④ 代表者名	<input type="text"/>	
⑤ 保険者コード (左詰め)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(備考)	* 整理印	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	* 受付印	
全 録 印 認		<input type="text"/>
(基金使用欄) * オンライン資格確認用コード (10桁)		<input type="text"/>

A 4 (210 × 297)

- 1 本届の内容のうち、個人情報に該当する事項については、社会保険診療報酬支払基金の業務に用いるものであり、個人情報保護法第16条第3項に定める場合のほか、本人の同意なくして他の利用目的に使用することはありません。
 - 2 本届出については、社会保険診療報酬支払基金情報化企画部へ提出後、登録手続きが行われた後に返還されます。返還後は大切に保管を行ってください。
- ※ 施術所等向け総合ポータルサイトで「マイナ資格確認アプリ」の利用申請を行う際に、返還後の本届出を証拠書類として添付する必要があります。

作成要領

- 1 本届出は、代表者から、社会保険診療報酬支払基金情報化企画部へ届け出てください。
- 2 「機関の種類別」欄は、該当する項目の口に✓を記入してください。両方に該当する場合は、両方の口に✓を記入してください。
- 3 「名称」欄は正式名称を、「所在地」欄は都道府県名から記入してください。
 なお、丁目・番地等については、次の例によってください。(例)東京都港区新橋2丁目1番3号 ⇒ 東京都港区新橋2-1-3
- 4 「名称」、「所在地」、「代表者名」の各欄は、必ずフリガナを付してください。
- 5 届出内容に廃止が生じたときは、「オンライン資格確認廃止届(保険者)」により届け出てください。
 (届出書は、支払基金ホームページからダウンロードできます。)
- 6 *印欄は記入しないでください。

オンライン資格確認廃止届（保険者）

オンライン資格確認廃止届（保険者）

オンライン資格確認を廃止する保険者として、下記のとおり届けます。

令和 年 月 日

社会保険診療報酬支払基金 情報化企画部

住所

届出者

氏名

廃止年月日												機関の種別		<input type="checkbox"/> ア 特定健診機関		<input type="checkbox"/> イ 特定保健指導機関													
令和 年 月 日																													
①	オンライン資格確認用コード（10桁）																												
②	名称																												
③	所在地	郵便番号															電話番号												
④	保険者コード （左詰め）																* 整理印		* 受付印										
		廃止理由															登												
																	録												
																	確												
																	認												

A 4 (210×297)

作成要領

- 1 本届出は、代表者から、社会保険診療報酬支払基金情報化企画部へ届け出てください。
- 2 「廃止年月日」欄は、廃止した日付を記入してください。
- 3 「廃止理由」欄は、廃止となった理由を簡潔に記入してください。
- 4 *印欄は記入しないでください。