

## 福祉医療費助成にかかるオンライン申請開始にあたって

平成 30 年 4 月

1. オンライン申請を開始する場合の医療機関側の準備について  
オンライン申請を開始する場合、次の 2 点の準備が必要です。

要件① 申請明細書を定型のフォーマットで磁気化していること

⇒現在、磁気媒体（CD/FD）で申請を行っている医療機関は上記条件を満たしています。

⇒現在、紙媒体で申請を行っている医療機関は、「医療機関向け入力プログラム」（当連合会 HP から取得可）をご利用いただくか、電算会社にご相談ください。

要件② インターネットを使用できるパソコン環境があること

2. オンライン申請開始までの標準的スケジュールについて  
別紙 1 を参照してください。

3. オンライン申請開始にあたっての届出書様式について  
当連合会への届出書類は別紙 2 のとおりです。

4. 注意点について

- 1) 「福祉医療費助成にかかるオンライン申請システム利用規約」について

オンライン申請の開始にあたっては、別添の「福祉医療費助成にかかるオンライン申請システム利用規約」に同意いただく必要がありますので、事前にご確認ください。

- 2) パソコンの基本ソフト（OS）およびブラウザについて

オンライン申請システムにおけるパソコンの基本ソフト（OS）およびブラウザのサポート対象となる環境は以下のとおりです。サポート対象以外の場合は、動作保証できませんので、ご注意ください。

[サポート環境] 平成 30 年 4 月現在

■ OS

Windows Vista 以降 Windows10 まで

■ ブラウザ

Internet Explorer9 以降 Internet Explorer11 まで

5. 問合せ先

オンライン申請に関する問い合わせ先は、下記のとおりです。

福井県国民健康保険団体連合会 審査課 企画管理グループ

電話番号 0776-57-1613

受付時間 平日 8 : 30 ~ 17 : 15

## 福祉医療費助成事業にかかるオンライン申請開始までの流れ

| スケジュール |              | 医療機関   | 福井県国保連合会                                  |
|--------|--------------|--|---|
| 月      | 日            |  |   |
| 随時     |              | STEP①<br>福井県国保 HP から、「福祉医療費助成オンライン申請について.zip」をダウンロード       |   |
| N 月    | 10 日 ㈬       | STEP②<br>上記 zip ファイルに格納の「福祉医療費助成オンライン申請開始申込書」を国保連合会に提出（郵送） |   |
|        | 20 日         |  | STEP③<br>医療機関ごとの ID および PW（仮）を医療機関に通知（郵送） |
|        | 20 日<br>～末日  | STEP④<br>確認試験実施（必須）  |   |
| N+1 月  | 1 日<br>～13 日 | STEP ⑤<br>オンライン申請開始<br>→申請データ送信                            | STEP⑥<br>受付結果返信（受付件数、エラー箇所・理由等）           |
|        |              | STEP ⑦<br>受付結果確認<br>→必要に応じて STEP ⑤に戻る                      |   |

福祉医療費助成オンライン申請  
開始  
内容変更  
に関する届出書

福祉医療費助成にかかるオンライン申請について下記のとおり届け出ます。  
なお、福祉医療費助成にかかるオンライン申請システム利用規約に同意します。

福井県国民健康保険団体連合会 御中

|     |  |    |   |          |
|-----|--|----|---|----------|
| 開設者 |  | 住所 |   | 平成 年 月 日 |
| 氏名  |  |    | 印 |          |

|             |        |  |  |        |             |  |  |       |             |
|-------------|--------|--|--|--------|-------------|--|--|-------|-------------|
| 保険医療機関コード等  |        |  |  |        |             |  |  | 点数表区分 | 医・歯・調・柔・鍼・訪 |
| 保険医療機関等名称   |        |  |  |        |             |  |  | 電話番号  |             |
| 保険医療機関等の所在地 | 〒      |  |  |        |             |  |  |       |             |
| 確認試験実施予定年月  | 平成 年 月 |  |  | 申請開始年月 | 平成 年 月取扱分から |  |  |       |             |

※ 太枠内はすべてご記入ください。

|          |           |
|----------|-----------|
| 国保連合会使用欄 |           |
| ID・PW通知  | 確認試験実施の確認 |
|          |           |

|     |
|-----|
| 受付欄 |
|     |