

《国保連合会からの重要なお知らせ》

書面によるレセプト請求を行っている医療機関（調剤薬局）の皆様へ

令和6年4月以降も書面による請求を行う場合は、同封している猶予届出書の提出が必要です！！

ア. 届出要件(レセコン未使用)

レセプトコンピュータを使用していない保険医療機関・薬局

もしくは

イ. 届出要件(高齢医師等)

- (1) 電子請求の義務化時点において常勤の保険医・保険薬剤師の年齢が65歳以上であるものであって、その旨を、審査支払機関へ届出（免除届）を行った保険医療機関・薬局
- (2) 全ての常勤医師等の生年月日が下表の日付以前である場合

対象施設	電子請求義務化時点	生年月日
レセプトコンピュータを使用している薬局	2009年4月1日	1944年4月1日
レセプトコンピュータを使用している医科診療所	2010年7月1日	1945年7月1日
レセプトコンピュータを使用している歯科診療所	2011年4月1日	1946年4月1日
レセプトコンピュータを使用していない診療所・薬局		

併せて以下の書類の添付が必要となります。

✓常勤医師等の生年月日が確認できる書類

・医師(薬剤師)免許証の写し 等

✓常勤医師等の構成が確認できる書類

・保険医療機関(薬局)指定申請書の写し 等

【注意！】

「イ.高齢医師等の場合」は、(1)、(2)両方の条件を満たす必要があります！

【提出期限】令和6年2月29日(木)

※国保連合会、支払基金本部それぞれに提出が必要です

提出先

〒791-8550 愛媛県松山市高岡町101番地1
愛媛県国民健康保険団体連合会
調整管理課

※封筒のオモテ面に「猶予届出書在中」と朱書きのうえ、
送達記録が分かる方法（簡易書留、レターパック等）で
の送付にご協力をお願いします。

お問い合わせ

愛媛県国民健康保険団体連合会
調整管理課 支払審査グループ
TEL : 089-968-8878

猶予届出書の記載方法等については裏面をご確認ください 

猶予届出書記載のポイント

(別添3)

様式第2号

書面による請求に係る猶予届出書

I. 保険医療機関・薬局の基本情報

① 名称			
② 電話番号	-	-	
④ 所在地	〒	-	
	(都道府県) :		
③ 保険機関コード			
	経理庁番号	公費診療番号	医療機関(薬局)コード(7桁)

II. 届出内容

⑤ 届出を行う内容(下記ア～ウから選択)

ア. 書面による請求の継続(レセコン未使用)
【対象】レセプトコンピュータを使用していない保険医療機関・薬局

イ. 書面による請求の継続(高齢医師等)
【対象】次に掲げる保険医療機関・薬局であって、診療又は調剤に従事する全ての常勤の保険医又は保険薬剤師の生年月日が、それぞれ次に掲げる日以前であるもの

a. レセプトコンピュータを使用している薬局 : 昭和19(1944)年4月1日

b. レセプトコンピュータを使用している医科診療所 : 昭和20(1945)年7月1日

c. レセプトコンピュータを使用している歯科診療所 又は : 昭和21(1946)年4月1日
レセプトコンピュータを使用していない診療所又は薬局

ウ. 書面による請求の終了(高齢医師等非該当)
【対象】イの対象であった保険医療機関・薬局であって、生年月日がそれぞれ上記の日より後である常勤の保険医又は保険薬剤師が新たに診療又は調剤に従事することとなったもの(届け出た月及びその翌月に限り、書面による請求が可能)
※この場合、速やかにオンライン請求利用申請と電子証明書の発行申請を行うこと。

(⑤で「イ. 書面による請求の継続(高齢医師等)」を選択した場合)

⑥ ⑤イのa～cのうち該当する類型(a～cから選択)

⑦ 診療所・保険薬局の診療又は調剤に従事する常勤の保険医又は保険薬剤師の人数・生年月日 ※ 全員分記載。権が足りない場合は備考欄に記載すること。	常勤人数	人
	西暦	年 月 日
	西暦	年 月 日
	西暦	年 月 日

⑧ 備考

上記のとおり届け出ます。

西暦 年 月 日

審査支払機関

御中

開設者名

住所

メールアドレス:

【提出期限】令和6年2月29日(木)

※国保連合会、支払基金本部それぞれに提出が必要です

①、②、④欄は、「保険医療機関・保険薬局指定申請書」により届出た記載内容を記入してください。

「イ。」に該当せず、レセプトコンピュータを使用していない場合は「ア。」を選択してください。

常勤医師等の年齢をご確認いただき、全ての常勤医師等の生年月日が記載の期日以前の場合は「イ。」を選択してください。

条件を満たす期日以降の生年月日の常勤医師等が従事することとなった場合にはオンラインによる請求へ移行してください。
※オンライン請求利用申請と電子証明書の発行申請が必要

⑤にて「イ。」を選択した場合は、イのa～cのうち該当するものを選択のうえ、常勤医師等の人数及び全員分の生年月日を記入してください。

※添付いただく「**常勤医師等の構成が確認できる書類**」及び「**常勤医師等の生年月日が確認できる書類**」と合っているか確認をお願いします

愛媛県国保連合会と記載してください。
別途、支払基金本部への提出も必要です。