

#### 令和4年7月3日時点においてアカウント登録を行っていない医療機関・薬局の皆様へ

アカウント登録に必要な仮メールアドレス・パスワードを令和4年8月10日(水)から郵送しておりますので、以下ご対応をお願いいたします。 ①「医療機関等向けポータルサイト」へのアカウント登録をお願いいたします。 案内文書に記載されている仮メールアドレス・パスワードでログインし、アカウント登録をお願いします。 なお、皆様の登録作業簡素化のため、支払基金で把握している内容(開設者名等)は登録済です。 ②アカウント登録と併せて、顔認証付きカードリーダーの申込みお願いします。



親展

軍事 厚主労働者・ 社会保険部僚指領支払基金からのお知らせ

必ず開封してください

簡易書留 重要書類在中

()#1788 @seassessa ADDRESS TO A DECELURATION OF THE RESIDENCE

料金後納 解 祭

1.受信できるメールアドレスを入力し、「仮登録メールを送信する」ボタンを押します。 仮登録メールが入力されたメールアドレスあてに送信されます。

※仮登録メールが届かない! 以下の点が考えられますのでご確認く ださい。 <ul> <li>メールアドレスの入力誤り</li> <li>ドメイン設定をしている</li> <li>使用しているメールソフトに、受信フォ ルダが分かれており、「迷惑メール」などのフォルダに入っている。</li> </ul>	オンライン資格確認・医療情報化支援基金関係 医療機関等向けポータルサイト
	■ 医療機関等向けポータルサイト           メールアドレス
	仮登録メールを送信する
	①メールアドレスを入力いただき、「仮登録メールを送信する」ボタンを押してください。 (入力いただいたメールアドレスはログイン時に使用します。)
	②入力いただいたメールアドレスに「アカウント登録用URLを記載したメール」を送信しますので、 そのメールのURLをクリックしてアカウント登録手続きを進めてください。 ※ドメイン(@より後ろ)指定受信などの設定をされている場合は、 ドメイン「shinsei.iryohokenjyoho-portalsite.jp」を許可するように設定してください。

<u>ナンニノン溶体破壊。医病情報ル支援其全服成医病機服等向けポーカルサイト</u>

2.送られてきたアカウント登録用URLをクリックし、 アカウント情報入力画面を開きます。

※このURLはセキュリティ保護のため、送信されてから1時間を経過しますと無効になります。 その場合は、登録画面から再度(2ページ)「仮登録メールを送信する」から手続きを行ってください。

※URLをクリックしても登録画面が表示されない場合は、添付されたURLをコピーし、ブラウザのアドレス欄に貼り付けてアクセスしてください。



お申し込みいただいた方にお送りしています。

【仮登録の受付日時】 2020年〇月〇日 18時 51分 55秒

下記の URL(アドレス)をクリックして、アカウント登録手続きをしてください。

https://shinsei.iryohokenjyoho-portalsite.jp/sp/member\_regist/index.php? token=e67b121 331913c535\_\_\_jefdbb304 '5223107c1398cb98b5a3ce6112632b

※URLサンプルです。使用できません。

- 3. 医療機関等情報を入力します。 ・都道府県コード
  - ・点数表コード
  - ・医療機関等コード(半角数字)
     ※実在しない番号の場合、エラーになります。
     ・医療機関等名
  - ・医療機関等る
  - ·開設者氏名
  - ・電話番号(半角英数字)
     ※数字+ハイフン+数字+ハイフン+数字の
     構成で入力してください。
  - ·担当者名
  - ・パスワード
  - ・パスワード(確認用) ※半角英数字8文字以上で入力してくださ 。い

※メールアドレスについては、仮登録メールに入 力されたメールアドレスが表示されますので、入力 は不要です。

入力後、「確認画面へ進む」ボタンを押します。

■ 医療機関等向	けボータルサイト
8道府県名 <mark>必須</mark>	~
点数表口一片 <mark>必須</mark>	○ 1:医科 ○ 3:歯科 ○ 4:調剤
医療機関等コード 必須	7文字で入力してください。
医療機関等名 必須	200文字以下で入力してください。
開設者氏名 <mark>必須</mark>	200文字以下で入力してください。 abcd123@sample.com
電話番号 <mark>必須</mark>	すべて半角で「数字-数字」の形式で入力してください。
担当者名 必須	
メールアドレス <mark>必須</mark>	
メールアドレス(確認)	入刀小安で9
「スワード」必須	半角英数字のみ、8文字以上で設定してください。(@などの記号は使えません。)
パスワード(確認)	

3.「確認画面へ進む」ボタンを押したとき、入力誤り がある場合はエラーメッセージが表示されます。

【誤り事例】 ・医療機関等コード 全角で入力されています。

・電話番号 ハイフンの入力が漏れています。

・パスワード 7文字以下(空白含む)で入力されています。

エラー箇所を訂正し、再度「確認画面へ進む」を押し てください。

8道府県名 <mark>必須</mark>	<b>v</b>
点数表コード 必須	○ 1:医科 ○ 3:歯科 ○ 4:調剤
医療機関等コード 必須	7文字で入力してください。     1234567       ▲医療機関等コードは半角数字で入力してください。
医療機関等名 必須	200文字以下で入力してください。
開設者氏名 <mark>必須</mark>	200文字以下で入力してください。
電話番号 必須	すべて半角で「数字-数字」の形式で入力してください。 99-99999999
担当者名。必須	
メールアドレス <mark>必須</mark>	abcd123@sample.com
メールアドレス(確認)	
パスワード <u>必須</u>	半角英数字のみ、8文字以上で設定してください。(@などの記号は使えません。)
バスワード(確認)	

オンライン資格確認・医療情報化支援基金関係

4.入力項目に不備等がなければ、 確認画面が表示されます。

入力された内容でよろしければ、 「上記の内容で確定する」ボタンを 押します。

#### オンライン資格確認・医療情報化支援基金関係 医療機関等向けポータルサイト

#### ■ 医療機関等向けポータルサイト

都道府県名	北海道
点数表コード	1:医科
医療機関等コード	1234567
医療機関等名	サンブル病院
開設者氏名	サンプル太郎
電話番号	99-9999-9999
担当者名	サンプル花子
メールアドレス	abcd123@sample.com
パスワード	*****



5.前ページで「上記の内容で確定する」ボタンを押すと、 登録されたメールアドレスあて「アカウント登録完了の ご案内」が送信されます。

これでアカウント登録は完了です。

