

西暦 ○○○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

社会保険診療報酬支払基金理事長 あて

都道府県コード	○	○	点数表コード	○			
保険医療機関等コード	○	○	○	○	○	○	○
保険医療機関等名称	○○病院						
開設者氏名	○○ ○○						
所在地	〒 ○○○-○○○						
	○○県○○市○○						
電話番号	○○-○○○○-○○○○						

電子処方箋管理サービス事業完了報告書

- ・オンライン資格確認等システムの運用を開始しています。
- ・電子処方箋管理サービスを利用できるシステムの環境整備が完了しています。

完了日※ 2023 年 2 月 10 日

電子処方箋管理サービスを利用できるようにシステムの準備ができた日を記載してください。

☐ 上記の項目が完了していることを報告します。

電子処方箋管理サービスが、確かに利用できることを報告する行為になりますので、忘れずにチェックを入れてください。

※電子処方箋の発行又は電子処方箋による調剤を行うためのシステム環境の整備が完了した日付を記載してください。