

# 医療DX推進体制整備加算について

当院では令和8年1月1日から「医療DX推進体制整備加算加算」を算定しております。

オンライン請求およびオンライン資格確認を行う体制を有し、患者さんの診療情報（受診歴・薬剤情報・特定健診情報、その他必要な診療情報）を取得・活用することにより、質の高い医療の提供が可能となります。

正確な情報を取得・活用するためにマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

加算	点数
医療DX推進体制整備加算 1（初診時）	12点
医療DX推進体制整備加算 2（初診時）	11点
医療DX推進体制整備加算 3（初診時）	10点

※算定点数は、マイナ保険証利用率に応じて月ごとに変動します。

**とっても簡単！マイナンバーカード**

**1 受付**

マイナンバーカードをカードリーダーに置いてください。

マイナンバーカード

**2 本人確認**

顔認証または4桁の暗証番号を入力してください。

顔認証

顔を枠内に入れてください

暗証番号

暗証番号を入力してください

**3 同意の確認**

診察室等での診療・服薬・健診情報の利用について確認してください。

過去の情報を利用いたします

過去の診療情報をカードリーダーに読み取ってください。

同意しない

過去の情報を利用いたします

過去の診療情報をカードリーダーに読み取ってください。

同意する

**4 受付完了**

お呼びするまでお待ちください。

カードを忘れずに！

医療DXを通じた質の高い医療の提供にご協力ください。

厚生労働省

日本医師会

日本歯科医師会

日本薬剤師会

厚生労働省

厚生労働省

厚生労働省

**マイナ保険証をお持ちの方は** **マイナ保険証**  
**マイナ保険証をお持ちでない方は** **資格確認書**  
 で毎回受付をお願いします

**マイナ保険証**

マイナンバーカードを顔認証付きカードリーダーに置いてください

何らかの事情で、マイナ保険証での受付が出来ない場合

マイナ保険証ならではのメリット

- ✓ 過去のお薬・診療データに基づき、より良い医療が受けられる！
- ✓ 突然の手術・入院でも高額支払いが不要になる！
- ✓ 救急現場で、搬送中の適切な応急処置や病院の選定などに活用される！

**資格確認書**

これまでと同様に受付にてご提示ください

※保険者によって様式・発行形態が異なります

# 医療情報取得加算について

---

---

当院では、オンライン請求およびオンライン資格確認を行う体制を有し、患者さんの診療情報（受診歴・薬剤情報・特定健診情報・その他必要な診療情報）を取得・活用することにより、質の高い医療の提供が可能となります。

厚生労働省が定めた診療報酬算定要件に伴い、下記のとおり診療報酬点数を算定いたします。

○初診時

1点

○再診時（3ヶ月に1回に限り算定） 1点

今後も正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。



とっても  
簡単!

# マイナンバーカード

在宅医療版

1

## 同意の確認

診療・服薬・健診情報の  
利用について確認してください。

全ての項目に同意する

同意項目については、以下の項目を  
ご確認ください。

手術情報の提供

同意する  同意しない

薬剤情報の提供

同意する  同意しない

特定健診等情報の提供

同意する  同意しない

限度額情報の提供

同意する  同意しない

特定疾病療養受療証情報の提供

同意する  同意しない

全ての項目に同意する

➡ 同意内容を確認する

2

## 本人確認

4ケタの暗証番号を入力してください。

暗証番号

暗証番号を入力してください

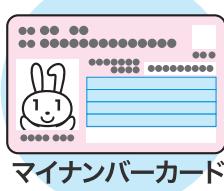
● ● ● ●  
 1 2 3  
 4 5 6  
 7 8 9  
 0  
 キャンセル



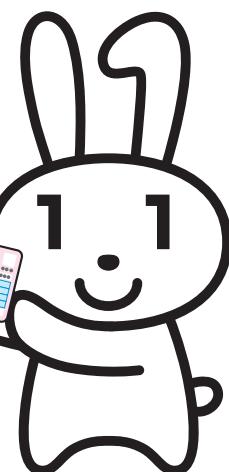
3

## 資格確認

マイナンバーカードを  
読み取させてください。

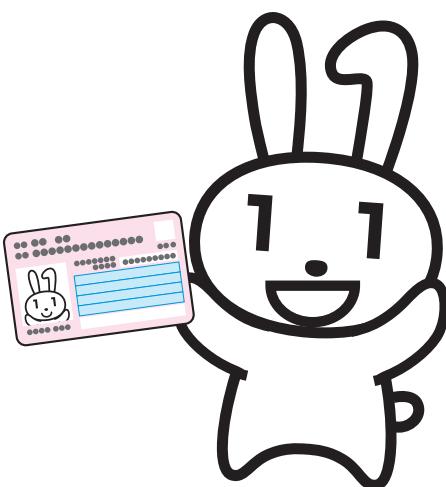


マイナンバーカード



4

## 確認完了



カードをご利用ください

医療DXを通じた質の高い医療の提供にご協力ください。



とっても  
簡単!

# マイナンバーカード

訪問看護版

1

## 同意の確認

診療・服薬・健診情報の  
利用について確認してください。

全ての項目に同意する

同意項目については、以下の項目を  
ご確認ください。

手術情報の提供

同意する  同意しない

薬剤情報の提供

同意する  同意しない

特定健診等情報の提供

同意する  同意しない

限度額情報の提供

同意する  同意しない

特定疾病療養受療証情報の提供

同意する  同意しない

全ての項目に同意する

➡ 同意内容を確認する

2

## 本人確認

4ケタの暗証番号を入力してください。

暗証番号

暗証番号を入力してください

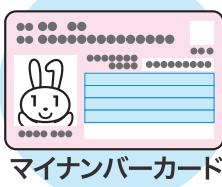
● ● ● ●  
 1 2 3  
 4 5 6  
 7 8 9  
 0  
 キャンセル



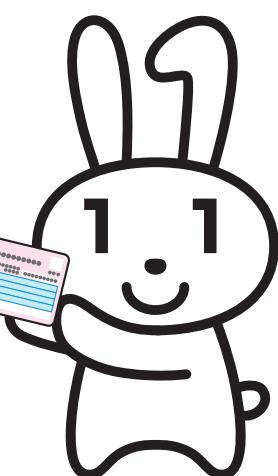
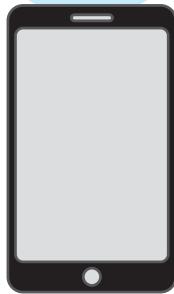
3

## 資格確認

マイナンバーカードを  
読み取させてください。

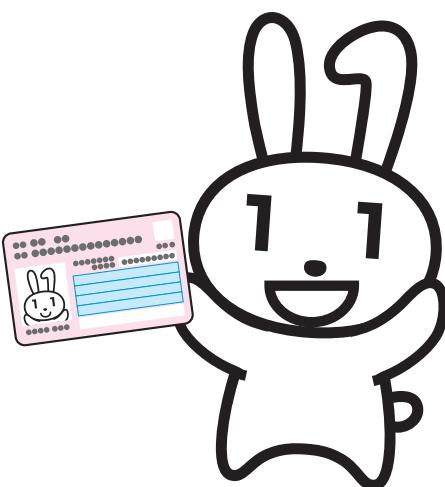


マイナンバーカード



4

## 確認完了



カードをご利用ください

医療DXを通じた質の高い医療の提供にご協力ください。