

しまね医療情報ネットワーク（まめネット） 利用申請書

しまね医療情報ネットワーク参加約款に同意し、下記の通り申し込みます。※記入方法は裏面をご確認ください。

区分	新規 ・ 中止（中止理由）						
申込日	年	月	日	利用(新規・中止)希望日	年	月	日
カナ							
施設名称 (60文字まで)							
カナ							
表示名称 (30文字まで)							
施設種類	病院 診療所（有床 ・ 無床）		歯科診療所		薬局		訪問看護
	検査会社 介護事業所（		）				
	行政（		）		その他（		）
機関コード (事業所コード)					介護サービス種類コード		※介護事業所のみ記載下さい
住所	〒 ー 島根県						
代表電話	（ ） ー			代表FAX	（ ） ー		
代表者名	Ⓜ						

住民への広報目的の為、まめネットに加入された施設は当協会のホームページに参加施設として掲載する事があります

まめネットが提供するサービスのうち、利用サービスの申込欄に○をし、利用（新規・中止）希望日をご記入下さい。
（新規・中止どちらかを○で囲んでください）

【1,2は接続プランの申込です。2つのプランの中からお選びください。】

1. しまね医療情報ネットワーク利用者接続サービス（診療所・薬局・訪看・介護事業所等）

申込	サービス名	利用(新規・中止)希望日
○	基本サービス、オンデマンド接続（OD-VPN）	年 月 日
※電子カルテ・介護ソフト端末でまめネットを利用される場合及び調剤レセコンとネットワーク接続を行う場合は口に✓を入れ、ベンダ情報をご記入下さい <input type="checkbox"/> 電子カルテ・調剤レセコン・介護ソフトの（ベンダ名又はソフト名）（ベンダ連絡先） 端末で利用します。		
まめネット用PCでは、ウイルス対策ソフトの導入が義務付けられています。ご利用のウイルス対策ソフトについて記載をお願いします。 注）クラウド型のウイルス対策ソフトは、まめネットの動作に遅延を生じる事象が報告されておりますので、動作保障を致しかねます。		
	ウイルス対策ソフトの名称	パターンファイル最終更新日
(記載必須)		年 月 日

2. しまね医療情報ネットワークモバイル接続サービス（iPadを利用する施設）

申込	サービス名	利用(新規・中止)希望日
○	基本サービス、モバイル接続プラン（iPad）	年 月 日

【3,4,5はオプションサービスです必要に応じてお申込み下さい】

3. レセプトオンライン接続サービス【保険医療機関・保険薬局のみ】

申込	サービス名	利用(新規・中止)希望日
○	レセプトオンライン接続サービス(OD-VPNアダプタのみ対応) 【 サービスの接続方式（回線種別） : Ipsec+IKE 】	年 月 日

4. オンライン資格確認・レセプトオンライン接続サービス【保険医療機関・保険薬局のみ】

申込	サービス名	利用(新規・中止)希望日
○	オンライン資格確認等・レセプトオンライン接続サービス 【 サービスの接続方式（回線種別） : Ipsec+IKE 】	年 月 日

5. ウィルス対策ソフト利用サービス

申込	サービス名	パソコン台数	利用(新規・中止)希望日
○	エフセキュアクライアントセキュリティ (F-Secure Client Security)	台	年 月 日

※ 各サービスとも申込書を提出してからご利用まで約1ヶ月程度かかります。申請書の提出は、新規利用希望日の約1ヵ月前には当協会事務局に届くようお願いいたします。各サービスとも利用希望日を目途にネットワーク業者が工事等の調整を行います。申込状況によっては、利用時期がご希望に添えない場合もございますのでご了承下さい。

*協会使用欄

受付 審査	NTT-D 申込	システム 登録	備考
----------	-------------	------------	----

【記入方法】

区分	新規・中止のどちらかを○で囲んで下さい。中止の場合は中止理由をご記入下さい。
申込日	この申込書を提出する日をご記入下さい。
利用希望日	新規利用・中止の希望日をご記入下さい。 利用開始まで約1ヶ月かかります。実際の開始日は別途調整致しますので、希望する日をご記入下さい。
施設名称	施設名称（カナ施設名称）をご記入下さい。 ※法人格等も省略せずご記入ください。 例) 医療法人○○会△△クリニック
表示名称	画面に表示される名称（カナ施設名称）をご記入下さい。 例) △△クリニック
施設種類	対象を○で囲んで下さい。該当の種類が無い場合は「その他」にご記入下さい。
機関コード	・医療機関の場合は、都道府県コード32+医科コード1（もしくは歯科コード3）+保険医療機関コード7桁をご記入下さい（病院で医科・歯科両者を標榜されている病院は、医科コードを記載して下さい） 例) 3210412345 ・薬局の場合は、都道府県コード32+調剤コード4+保険薬局コード7桁をご記入下さい。 例) 3240123456 ・訪問看護、介護事業所の場合は、都道府県コード32がついた事業所番号をご記入下さい。
介護サービス種類コード	介護サービス種類コードがわからない場合は、当協会のホームページ「申込方法」に掲載しておりますのでご確認ください。
住所	施設所在地をご記入下さい。
代表電話 代表FAX	代表となる電話番号及び、FAX番号をご記入下さい。
代表者名	施設の代表者又は所属長氏名をご記入下さい。 印鑑は代表者の場合は代表者印、その他は認め印を押印下さい。

【サービスのご説明と記入方法】

※各サービスの料金は「しまね医療情報ネットワーク参加約款「別紙2」をご覧ください。

※ 1、2はしまね医療情報ネットワークへの接続方法の申込です。利用したいサービスを選択して下さい。

1. しまね医療情報ネットワーク利用者接続サービス

診療情報の閲覧や、紹介状の送信、健診データの入力など、必要な時にネットワークに接続してサービスを利用する機関はこちらを選択してください（診療所、薬局、介護事業所など）。新規利用・中止したい年月日をご記入下さい。

2. しまね医療情報ネットワークモバイル接続サービス

モバイル端末（iPad）でまめネットをご利用になる場合はこちらをご利用下さい。新規利用・中止したい年月日をご記入下さい。上記1. しまね医療情報ネットワーク利用者接続サービスと併用可能です。
別途 様式3号「モバイル端末貸与申請書（新規）」をご提出ください。

※ 3、4のサービスはオプションサービスです。ご利用になりたい場合は○をして下さい。

3. オンライン資格確認・レセプトオンライン接続サービス

オンライン資格確認システムへ接続し保険情報の資格確認等を行います。新規利用・中止する年月日をご記入下さい。

審査機関へレセプトオンライン送信を行います。レセプト送信を新規利用・中止する年月日をご記入下さい。（保険医療機関、保健薬局のみのサービスです）

例) 1月診療報酬を2月に請求するレセプトから新規開始・変更・中止する場合は 「2月1日」とご記入下さい。

4. ウィルス対策ソフト利用サービス

PCにインストールするウィルス対策ソフトです。まめネットに接続している状態（閉域網）でパターンファイルの取得（※）が可能です。PC1台1ライセンスです。インストールするPCの台数をご記入下さい。台数が不明の場合は空欄とし、アダプタ設置時にご相談下さい。新規利用・中止したい年月日をご記入下さい。

（※）市販されているウィルス対策ソフトは、まめネットの閉域網に接続している時は、インターネットに接続できない為、パターンファイルの更新ができず最新の脅威に対応する事ができません。