

診療情報管理士認定者・日本病院会 診療情報管理士通信教育の修了生 対象

医師事務作業補助者 基礎知識研修 修了証明書発行のご案内

平成30年10月、厚生労働省より、疑義解釈として右記のとおり、医師事務作業補助者が配置前に基礎知識を習得するための適切な内容の研修を既に受けている場合は、再度基礎知識を習得するための研修を行う必要はない旨、発出されました。診療情報管理士は、現行の教育カリキュラム内にて、すでに医師事務作業補助体制加算に関する施設基準に基づく所定の基礎知識を学習しています。

よって、この度、診療情報管理士認定者・日本病院会 診療情報管理士通信教育の修了生（詳細は下記）は、基礎知識を習得するための研修は受講済みとして、所定の申請により、基礎知識研修の修了証明書発行することとなりました。つきましては、以下のとおり、ご案内申し上げます。

※ 医師事務作業補助体制加算の取得には、①基礎知識習得と②新たに医師事務作業補助者を配置してから6か月間、業務内容についての研修の実施が必要となります。このご案内は、①基礎知識研修の修了証明のみとなり、②業務内容についての研修は、施設での実施となります。

厚生労働省 保険局医療課 疑義解釈資料の送付について（その8）

-----問3-----

【医師事務作業補助体制加算】

区分番号「A207-2」医師事務作業補助体制加算について、「疑義解釈の送付について」（平成20年5月9日付け事務連絡）の間8において、基礎知識習得については、適切な内容の講習の時間に代えることは差し支えないとされているが、医師事務作業補助者が新たに配置される前に基礎知識習得に係る研修を既に受けている場合には改めて研修を受ける必要があるのか。

答）医師事務作業補助者を新たに配置する前に、**当該医師事務作業補助者が基礎知識を習得するための適切な内容の研修を既に受けている場合は、当該医師事務作業補助者に再度基礎知識を習得するための研修を行う必要はない。ただし、業務内容についての6ヶ月間の研修は実施すること。**

《平成30年10月9日発出》

対象者

- ・ 診療情報管理士(※1) ・ 日本病院会診療情報管理士通信教育の修了生(※2)

※1：第1回診療情報管理士認定試験以降の認定者を対象とする。

※2：第1回診療情報管理士認定試験以降の受験資格を有する修了生（平成17年7月以降入講）を対象とする。

申請料

5,400円（申請料5000円 税400円）

※2019年10月1日から実施予定の消費税改定に伴い、10月1日以降にお申込みいただいた分より申請料（税込）を改定いたします。（10月1日以降：5,500円（税込））

- ・ 証明書、比較対照表、証明書発行手数料として ・ 既納の申請料は返却できません。

申請 方法

- 1.裏面の申請用紙に必要事項を記入し、下記まで郵送またはFAXにて申請してください。

日本病院会 通教医事補証明書申請係

〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル 4F

お問い合わせ：TEL 03-5215-6647 FAX 03-5215-6648

- 2.申請書受理後、受付番号を記入した申請書を返送します。

郵送の場合、返信用封筒を同封してください。

3. 受付番号を記入した申請書を受け取り後、以下の口座に申請料をお振込みください。

《振込先》郵便局備え付けの振込用紙（青印字）を利用し、申請者氏名、受付番号を必ず記入してください。

郵便振替 口座番号：00190-5-396045

口座名：一般社団法人 日本病院会 通信教育部

- 4.申請料の納入確認後、証明書と比較対照表を送付します。

診療情報管理士認定者・日本病院会 診療情報管理士通信教育の修了生 対象
医師事務作業補助者 基礎知識研修 修了証明書申請書

「個人情報等の取り扱いに関して」に同意します。 チェックを入れてください。

| | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|-------------|
| 申請書記入日 | 年 | 月 | 日 |
| 連絡先 FAX 番号 | - | - | |
| フリガナ(カタカナ記入) | 姓 | 名 | 捺印 印 |
| 氏名 <small>(旧字体は正確に記入してください)</small> | | | |
| 診療情報管理士認定番号 | | 通信教育受講番号 | |
| 送付先(1つ選択) | <input type="checkbox"/> 勤務先 | <input type="checkbox"/> 自宅 | |

| | | | |
|-------------|---|---|---|
| 自宅住所 | 〒 | - | |
| マンション・アパート名 | | | |
| 電話番号 | | - | - |

| | |
|---------|---|
| 勤務先名 | |
| 勤務先所属 | |
| 勤務先住所 | 〒 |
| 勤務先電話番号 | - |

▼個人情報等の使用に係る同意 (下記【個人情報等の取り扱いに関して】に同意いただけましたらチェック願います。チェックがない場合は申し込みできません)

【個人情報等の取り扱いに関して】

日本病院会主催 医師事務作業補助者 基礎知識研修 修了証明書申請書におきまして、下記によりあなたの個人情報を利用させていただきたく、内容をご確認のうえ、ご承諾いただきますようお願い申し上げます。なお、個人情報の取り扱いについては、肖像権ならびに個人情報保護の観点から本会として万全の措置を取らせていただきます。

- 個人情報の利用目的について
 肖像ならびに個人情報の使用について一般社団法人日本病院会は、申請者からご提示いただいた名前、住所、電話番号、性別その他の申請者個人に関わる情報(以下「個人情報等」)を、申請者への連絡、申請者管理、証明書の作成に利用させていただき、申請者の承諾なく、他の目的には利用いたしません。
- 個人情報の委託について
 一般社団法人日本病院会は、お預かりした個人情報等を、以下のいずれかに該当する場合を除き、取り扱いを委託することはありません。
 ・連絡物などの作成、発送を業者に委託する場合
- 個人情報の提供の任意性について
 個人情報の提供がされない場合、証明書を発行することが出来ません。
- 個人情報の開示等について
 一般社団法人日本病院会は、個人情報等の開示、変更、削除の求めがあった場合には、受講者ご本人であることを確認させていただいたうえで、すみやかに対応いたします。
 また、申請後は、個人情報等を含む受講申込書類一式は原則、返却いたしません。

個人情報管理責任者

事務局記入欄

申請受理しました。(受理日： 年 月 日 担当：)

※下記の受付番号を申請料振込の際に必ず記入してください。

受付番号

FAX

郵送