

本人確認の方法を選んでください。


顔認証を行う

暗証番号を入力

終了する

本人確認情報は、他の目的には使用しません。

顔を枠内に入れてください。



マスクをとって顔を映す

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

4桁の暗証番号を入力

① いずれかをご選択ください

過去のお薬情報を当機関に提供することに同意しますか。

この情報はあなたの健康管理のために使用します。

同意する

同意しない

(40歳以上対象)
過去の健診情報を当機関に提供することに同意しますか。

この情報はあなたの診察や健康管理のために使用します。

同意する

同意しない・40歳未満の方

●●××様
確認が完了しました。

終了する場合は、マイナンバーカードを取り出し、待合室でお待ちください。

高額療養費制度を利用する方は
[こちら](#)

限度額情報を提供しますか。

提供する

提供しない

完了しました。

マイナンバーカードを取り出し、待合室でお待ちください。

② 「同意する」をお選びください

③ 40歳未満の方は下をお選びください

④ 基本的にはここまでで完了です。
(※高額療養費制度ご利用の方は次へ進みます)