



個人情報保護方針 委任状作成マニュアル

## 新型コロナウイルス感染症に係るワクチン接種の 契約受付システム

集合契約に加入するための委任状を作成するために、以下の内容をご入力ください。ご入力頂いた情報が反映された委任状が、PDFファイルとしてお手元へ出力されます。

「保険医療機関コード」もしくは「介護保険事業所番号(老健施設コード又は介護医療院コード)」をご入力ください。

この情報から医療機関名等を特定して、委任状に自動記載します。  
(コードは診療報酬又は介護報酬の請求時に使用する10桁のコードです。お待ちでない場合は、サービスデスクにお問い合わせください。)

保険医療機関コード  ① 介護保険事業所番号

### 契約代表者の情報

契約代表者役職名  ② 契約代表者氏名

### 担当者の情報

担当者の氏名  ③ 担当部署名   
 担当者連絡先(TEL)  担当者連絡先(メール)   
(半角で市外局番から記載ください。「-」(ハイフン)は不要です。) FAX番号

### 委任先の情報 委任先をいずれか一つ入力してください。


【医師会に委任】  
 都道府県  委任先となる市区医師会   
 【医師会以外の団体に委任】  
 委任先となる医師会以外の団体  ④  
 【市町村に委任】  
 都道府県  委任先となる市町村   
 【都道府県に委任】  
 委任先となる都道府県

(参考情報) 取り扱うワクチンの種類を選択(原則、1種類のワクチンを選択してください。)

委任状を提出後、取り扱うワクチンを変更することは可能です。

ファイザー  ⑤  
 武田モデルナ   
 アストラゼネカ(選)

確認

①「保険医療機関コード」欄に、10桁のコードを入力し、  
 を押します。  
 ※コードは10桁です。間違えないよう注意願います。  
 ※介護医療院または介護老人保健施設の場合は、「介護保険事業所番号」欄に入力してください。



②契約代表者の情報を入力します。



③担当者の情報を入力します。



④委任先の情報を入力します。  
 都道府県が設ける特設の接種会場→市町村  
 市町村が設ける特設の接種会場→都道府県(初回のみ)



⑤取り扱うワクチンの種類を選択します。  
 原則、1種類のワクチンを選択してください。  
 ・基本型→市町村からワクチンを分配される  
 ・サテライト型(連携型)→近隣の医療機関からワクチンを融通してもらう