

## 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  介護保険事業所番号

### 契約代表者の情報

契約代表者役職※  契約代表者氏名※

### 担当者の情報

担当者の氏名※  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

#### 【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    
 武田モデルナ    
 アストラゼネカ(選)

確認