

1. 保険医療機関等が集合契約の委任状を作成する

保険医療機関、介護医療院または介護老人保健施設が新型コロナウイルス感染症に係る予防接種に関する集合契約の委任状を作成し、印刷する手順を説明します。

1 以下の URL を開きます。

<https://cont-mhlw.force.com/mhlw/vs_ininJyoTouroku>

委任状を入力する画面が表示されます。

* 画面右上の「個人情報保護方針」を押すと規約画面が表示され、「委任状作成マニュアル」を押すとマニュアルを閲覧できます。

2 保険医療機関コードを入力します。

2-1 保険医療機関コード、あるいは介護保険事業所番号（介護医療院または介護老人保健施設のみ入力可）を入力し、を押します。

- ！ 注意** コードは 10 桁です。完全一致しないと検索できません。お間違えないようご注意ください。
- ！ 注意** 保険医療機関コードを新たに取得した場合、翌月以降に本システムにて検索が可能になります。
- ！ 注意** 保険医療機関の指定を受けていない医療機関またはワクチン接種契約受付システムに入力してもエラーが出る医療機関は、保険医療機関コード等に相当する類似コードの新規付番が必要です。詳しくは、「2. 保険医療機関の指定を受けていない医療機関が集合契約の委任状を作成する」をご覧ください。

2-2 表示されたコードから、該当のコードを選択します。

- * 該当データが存在しない場合、入力したコードを再確認してください。
正確に入力したにもかかわらず該当データが存在しない場合は、類似コードの新規付番申請が必要となります。

3 契約代表者の情報を入力します。

契約代表者役職、契約代表者氏名を入力します。



4 担当者の情報を入力します。

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）を入力します。

5 委任先を選択します。

5-1 委任先が医師会の場合

委任状を提出する医師会が所在する都道府県を選択してください。

委任先となる郡市区医師会の名称を選択してください。

5-2 委任先が医師会以外の団体の場合

委任先となる医師会以外の団体を選択してください。

5-3 いずれの医師会や団体にも属さない場合

いずれの医師会や団体にも属さない場合は、医療機関が所在する市町村が委任先となります。

医療機関が所在する都道府県、市町村を選択してください。

担当者の情報

4

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1つだけ入力してください。

5

【医師会に委任】

都道府県

委任先となる郡市区医師会

【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

6 個人情報保護方針と入力内容を確認し、「確認」ボタンを押します。

個人情報保護方針 [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に出力されます。

「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

老健施設コード

担当者の情報

*担当者の氏名【必須】

*担当部署名【必須】

*担当者連絡先(TEL)【必須】

*担当者連絡先(メール)【必須】

(半角で市外局番から記載ください。)

FAX番号

委任先の情報

委任状の提出先【必須】

医師会名(委任先が医師会の場合必須)

6 確認

個人情報保護方針をご確認ください

「委任状に記載される内容の確認」画面が表示されます。

7 内容が正しいことを確認し、「委任状の出力 (PDF)」ボタンを押します。

* 入力内容に誤りがある場合は、「入力画面に戻る」ボタンを押し、該当箇所を修正してください。

個人情報保護方針 マニュアル

委任状に記載される内容の確認

医療機関情報			
保険医療機関コード	91111111	老健施設コード	
医療機関名	結合テスト-第一病院		
郵便番号	111-1111		
所在地	東京都品川区結合テスト1-1		
病院・診療所・その他	クリニック		
契約代表者	結合 太郎	契約代表者役職	院長
担当者の情報			
委任状記載者名	テスト	委任状記載者部署	テスト
委任状記載者部署連絡先 (TEL)	11-1111-1111	委任状記載者部署連絡先 (mail)	test@test.com
委任先の情報			
委任先	医師会		
医師会名	結合テスト医師会		

V-SYS IDの発行予定数: 1

7

登録確認画面がポップアップ表示されます。

8 「OK」ボタンを押します。

* 登録をやめる場合は「キャンセル」を押します。

contmhlw-comture.cs111.force.com の内容

登録してもよろしいでしょうか

8

委任状が PDF 形式でダウンロードされます。

9 ダウンロードされた PDF ファイルを開き、内容を確認のうえ、印刷してください。 印刷した委任状に押印のうえ、委任先の医療関係団体等に郵送または持参してください。

- * お使いの PDF 閲覧ソフトウェアにより操作は異なります。
- * 委任状には以下の注意記載がありますのでご確認ください。

【本状を提出する機関の方】

本状を提出後、1 週間経過しても委任状の提出先から受領の連絡がない場合や、V-SYS の ID、パスワードの連絡がない場合には、委任状の提出先または V-SYS サービスデスクにご連絡ください。

【委任とりまとめ者の方】

本状の提出元に心当たりがない場合には、本状の提出元にご連絡ください。

- * 委任とりまとめ者（医療関係団体等）が提出された委任状を受領し、システム上でメールを送信する操作を行った場合、委任状に記載のメールアドレス宛に委任状を受領されたことを通知するメール（受領通知メール）が送信されます。

迷惑メール対策やドメイン指定受信等を設定している場合は、受領通知メールが受信されますよう、

「support@jp.salesforce.com」の登録をお願いいたします。

委任状.pdf 1 / 2

※必ずコピーを保管ください。

委任状作成日：2021年01月03日

委任状

【委任先】

①医療機関コード (又は介護老人保健施設コード、介護医療院コード)	91111111	
②医療機関名	結合テスト第一病院	
③郵便番号	111-1111	
④所在地(東京都府県)	東京都品川区結合テスト1-1	
⑤電話番号(区市外局番)	11-1111-1111	
※契約代表者役職・氏名	院長 結合 太郎	印

* ※は本契約代表者を記入し、必ず捺印すること

(記入担当者)

部署・氏名	テスト テスト
メールアドレス	test@test.com
FAX番号	

* ワクチン接種円滑化システムの利用の際に、メールでの情報伝達が頻繁に行われることから、メールアドレスを必須の入力項目としています。やむを得ない事情がある場合には、市町村に事情を説明した上で、FAX番号をご登録ください。

1. 保険医療機関等が集合契約の委任状を作成する の手順はこれで終わりです。

2. 保険医療機関の指定を受けていない医療機関が集合契約の委任状を作成する

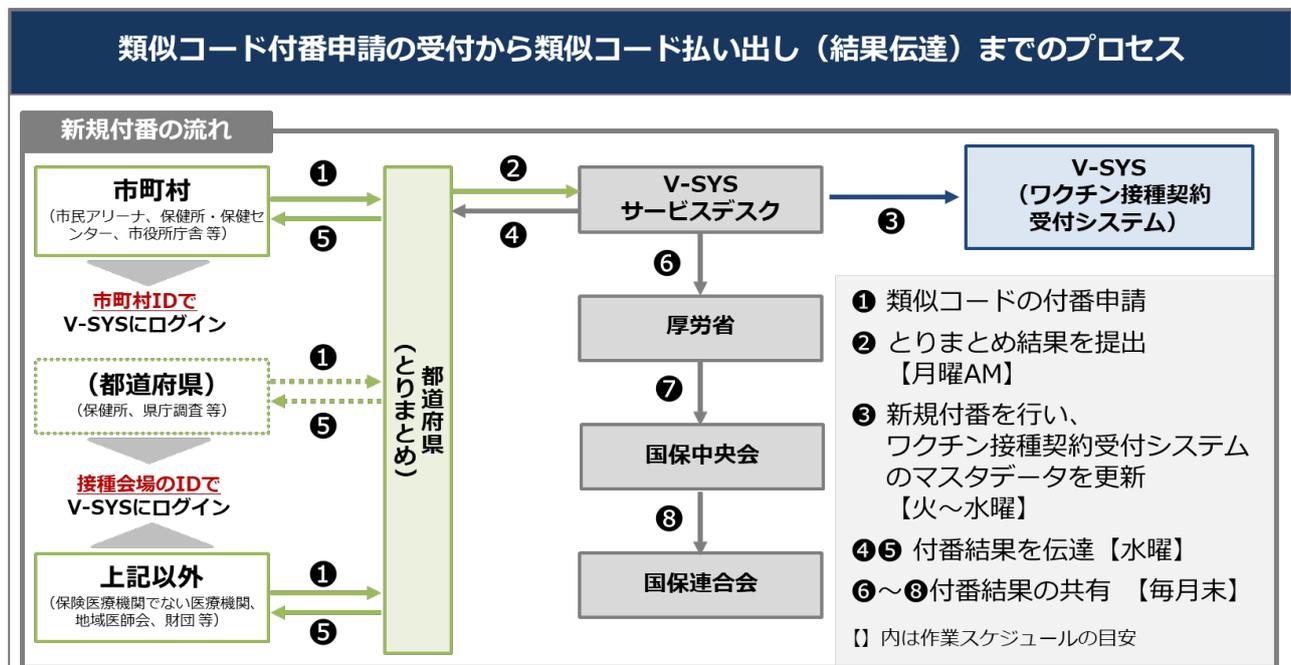
保険医療機関の指定を受けていない、または保険医療機関コード等はあるがワクチン接種契約受付システムに入力してもエラーが出る医療機関が、新型コロナウイルス感染症に係る予防接種に関する集合契約の委任状を作成し、印刷する手順を説明します。

都道府県が設置する特設の接種会場も同様の流れで申請・登録してください。

2.1 類似コードの付番を申請する

保険医療機関コード等に相当する類似コードの新規付番が必要なため、所在の都道府県に申請を行います。

類似コードは、以下のプロセスを経て発行されます。



類似コードの新規付番申請は、下記の様式を用いて行います。

様式の取得方法につきましては、都道府県にお問い合わせください。

新規コードの付番申請書			
「医療機関・接種会場名」を入力してください			
A.コードを付番する施設の情報			
項目名	入力項目	記入例	説明
医療機関・接種会場名 ※		ブイシスセンター	コードを付番する/既存コード利用の施設名を記載してください
代表者名 (厚生 太郎)		厚生 太郎	施設の代表者名を記載してください
郵便番号 (000-0000)		100-8916	郵便番号7桁をハイフン付きで記載してください (半角数字)
都道府県 (例:東京都)		長崎県	都道府県を記載してください
市町村 (例:千代田区)		鳥原市	市町村名を記載してください
町名・番地 (例:霞が関1-2-2)		霞が関1-2-2	町名以降を記載してください
代表電話番号 (00-0000-0000)		03-0000-0000	代表電話番号を市外局番からハイフン付きで記載してください (半角数字)
C.申請者の情報			
項目名	入力項目	記入例	説明
申請者氏名 (厚生 太郎)		厚生 花子	システムには登録されませんが、コード付番時の同音せりとなるため連絡先と担当者名を記載してください
申請者所属組織		厚生労働省	
申請者部署名		健康局健康課	
申請者役職		担当	
申請者メールアドレス		hanako@sample.	
申請者電話番号		03-0000-0000	
申請会場の設置主体		その他 (地域医師会、財団等)	申請会場の設置主体を選択してください 自由診療の医療機関や医療機関コードをお持ちでない医療機関は「その他 (地域医師会、財団等)」を選択してください
申請書の提出先:各都道府県に提出してください			

2.2 ワクチン接種契約受付システムに登録する

「2.1 類似コードの付番を申請する」で取得した保険医療機関コードに相当する類似コードを用い、ワクチン接種契約受付システムにて集合契約の委任状を作成します。

1 以下の URL を開きます。

<https://cont-mhlw.force.com/mhlw/vs_ininJyoTouroku>

委任状を入力する画面が表示されます。

* 画面右上の「個人情報保護方針」を押すと規約画面が表示され、「委任状作成マニュアル」を押すとマニュアルを閲覧できます。

2 「2.1 類似コードの付番を申請する」で取得した保険医療機関コード等に相当する類似コードを入力します。

2-1 類似コードを「保険医療機関コード」欄に入力し、🔍を押します。

❗ 注意 コードは 10 桁です。完全一致しないと検索できません。お間違えのないようご注意ください。

2-2 表示されたコードから、該当のコードを選択します。

* 該当データが存在しない場合、入力したコードを再確認してください。

3 契約代表者の情報を入力します。

契約代表者役職、契約代表者氏名を入力します。

4 担当者の情報を入力します。

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）を入力します。

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。ご入力いただ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。
(コードは必ず「01」の後に「0000000000」を付与してください。例:「01000000000000000000」)

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

委任先となる都市区医師会

【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

5 委任先を選択します。

5-1 委任先が医師会の場合

委任状を提出する医師会が所在する都道府県を選択してください。
委任先となる郡市区医師会の名称を選択してください。

5-2 委任先が医師会以外の団体の場合

委任先となる医師会以外の団体を選択してください。

5-3 いずれの医師会や団体にも属さない場合

いずれの医師会や団体にも属さない場合は、医療機関が所在する市町村が委任先となります。
医療機関が所在する都道府県、市町村を選択してください。

* 都道府県が設置する特設の接種会場の場合は、当該会場が所在する市町村が委任先となります。

委任先の情報 委任先をいづれか一つ入力してください。

医師会に委任
都道府県

6 個人情報保護方針と入力内容を確認し、「確認」ボタンを押します。

個人情報保護方針 [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。ご入力いただ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特定して、委任先に自動記載します。
(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。お持ちでない場合は、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 老健施設コード

担当者の情報

*担当者の氏名【必須】 *担当部署名【必須】

*担当者連絡先(TEL)【必須】 *担当者連絡先(メール)【必須】

(平角で市外局番から記載ください。) FAX番号

委任先の情報

委任状の提出先【必須】 医師会名(委任先が医師会の場合必須)

6 確認

「委任状に記載される内容の確認」画面が表示されます。

7 内容が正しいことを確認し、「委任状の出力 (PDF)」ボタンを押します。

* 入力内容に誤りがある場合は、「入力画面に戻る」ボタンを押し、該当箇所を修正してください。

個人情報保護方針 マニュアル

委任状に記載される内容の確認

医療機関情報			
保険医療機関コード	91111111	老健施設コード	
医療機関名	結合テスト-第一病院		
郵便番号	111-1111		
所在地	東京都品川区結合テスト1-1		
病院・診療所・その他	クリニック		
契約代表者	結合 太郎	契約代表者役職	院長
担当者の情報			
委任状記載者名	テスト	委任状記載者部署	テスト
委任状記載者部署連絡先 (TEL)	11-1111-1111	委任状記載者部署連絡先 (mail)	test@test.com
委任先の情報			
委任先	医師会		
医師会名	結合テスト医師会		

V-SYS IDの発行予定数: 1

7

登録確認画面がポップアップ表示されます。

8 「OK」ボタンを押します。

* 登録をやめる場合は「キャンセル」を押します。

contmhlw-comture.cs111.force.com の内容

登録してもよろしいでしょうか

8

委任状が PDF 形式でダウンロードされます。

9 ダウンロードされた PDF ファイルを開き、内容を確認のうえ、印刷してください。 印刷した委任状に押印のうえ、委任先の医療関係団体等に郵送または持参してください。

- * お使いの PDF 閲覧ソフトウェアにより操作は異なります。
- * 委任状には以下の注意記載がありますのでご確認ください。

【本状を提出する機関の方】

本状を提出後、1 週間経過しても委任状の提出先から受領の連絡がない場合や、V-SYS の ID、パスワードの連絡がない場合には、委任状の提出先または V-SYS サービスデスクにご連絡ください。

【委任とりまとめ者の方】

本状の提出元に心当たりがない場合には、本状の提出元にご連絡ください。

- * 委任とりまとめ者（医療関係団体等）が提出された委任状を受領し、システム上でメールを送信する操作を行った場合、委任状に記載のメールアドレス宛に委任状を受領されたことを通知するメール（受領通知メール）が送信されます。

迷惑メール対策やドメイン指定受信等を設定している場合は、受領通知メールが受信されますよう、

「support@jp.salesforce.com」の登録をお願いいたします。

委任状.pdf 1 / 2

※必ずコピーを保管ください。

9

新型コロナウイルス感染症に係るワクチン接種用

委任状作成日: 2021年01月03日

委任状

【委任先】	①医療機関コード <small>(又は介護老人保健施設コード、介護医療院コード)</small>	91111111
	②医療機関名	結合テスト第一病院
	③郵便番号	111-1111
	④所在地(東京都府県)	東京都品川区結合テスト1-1
	⑤電話番号(区市外局番)	11-1111-1111
	※契約代表者役職・氏名	院長 結合 太郎 印
<small>* ※は本契約代表者を記入し、必ず捺印すること</small>		
(記入担当者)	部署・氏名	テスト テスト
	メールアドレス	test@test.com
<small>* ワクチン接種円滑化システムの利用の際に、メールでの情報伝達が頻繁に行われることから、メールアドレスを必須の入力項目としています。やむを得ない事情がある場合には、市町村に事情を説明した上で、FAX番号をご登録ください。</small>		
	FAX番号	

2. 保険医療機関の指定を受けていない医療機関が集合契約の委任状を作成する の手順はこれで終わりです。

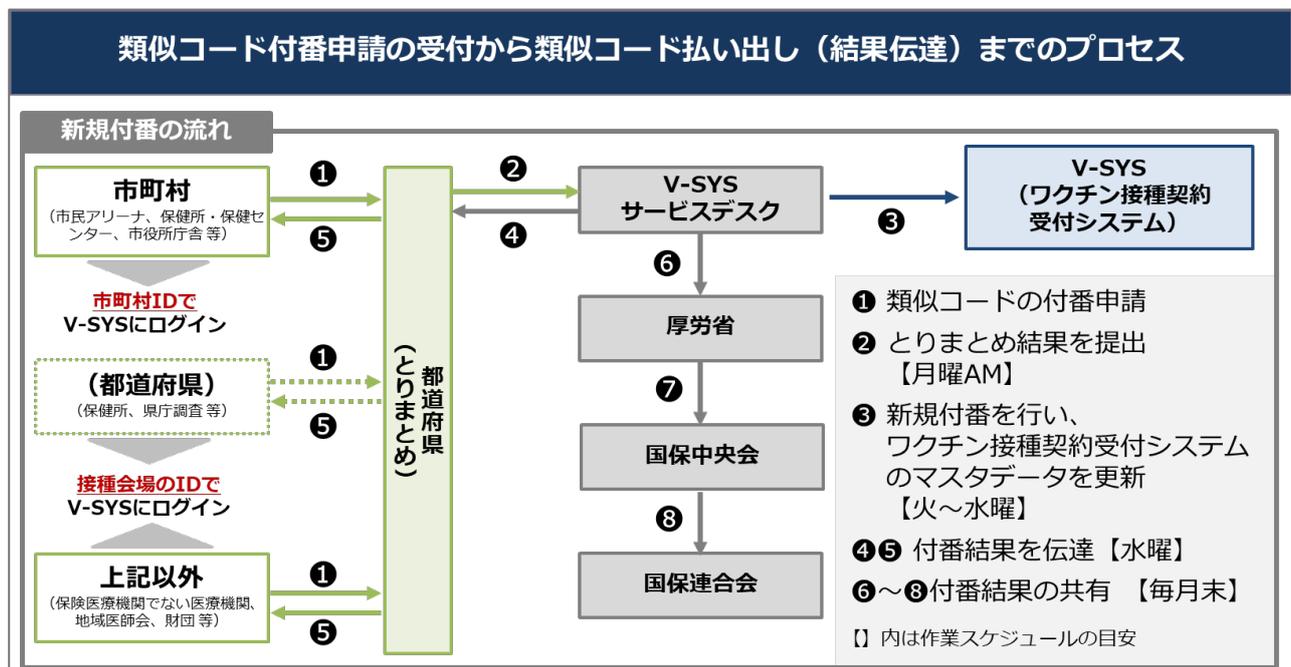
3. 市町村が特設の接種会場の設置主体として集合契約の委任状を作成する

市町村が特設の接種会場の設置主体として新型コロナウイルス感染症に係る予防接種に関する集合契約の委任状を作成し、印刷する手順を説明します。

3.1 類似コードの付番を申請する

保険医療機関コード等に相当する類似コードの新規付番が必要なため、所在の都道府県に申請を行います。

類似コードは、以下のプロセスを経て発行されます。



3.2 ワクチン接種契約受付システムに登録する

「3.1 類似コードの付番を申請する」で取得した保険医療機関コードに相当する類似コードを用い、ワクチン接種契約受付システムにて集合契約の委任状を作成します。

1 以下の URL を開きます。

<https://cont-mhlw.force.com/mhlw/vs_ininJyoTouroku>

委任状を入力する画面が表示されます。

* 画面右上の「個人情報保護方針」を押すと規約画面が表示され、「委任状作成マニュアル」を押すとマニュアルを閲覧できます。

2 「3.1 類似コードの付番を申請する」で取得した保険医療機関コード等に相当する類似コードを入力します。

2-1 類似コードを「保険医療機関コード欄」に入力し、🔍を押します。

複数の特設会場の設置を申請した場合、いずれか 1 つの特設会場の類似コードを入力してください。

！注意 コードは 10 桁です。完全一致しないと検索できません。お間違えのないようご注意ください。

2-2 表示されたコードから、該当のコードを選択します。

* 該当データが存在しない場合、入力したコードを再確認してください。

3 契約代表者の情報を入力します。

契約代表者役職、契約代表者氏名を入力します。

4 担当者の情報を入力します。

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）を入力します。

The screenshot shows a web form titled "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" (Vaccination Contract Acceptance System for COVID-19). The form is divided into several sections, with red boxes and numbered callouts (1-4) highlighting specific input fields:

- 1** (Top right): "個人情報保護方針 委任状作成マニュアル" (Privacy Policy, Delegation Statement Creation Manual)
- 2** (Insurance Medical Institution Code): A search box for "保険医療機関コード" (Insurance Medical Institution Code) with a magnifying glass icon. Below it, a note says: "「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。" (Please enter the "Insurance Medical Institution Code" or "Nursing Insurance Business Number (Old Health Facility Code or Nursing Medical Center Code)". We will specify the medical institution name etc. from this information and automatically record it in the delegation statement.)
- 3** (Contract Representative Information): Fields for "契約代表者役職" (Contract Representative Position) and "契約代表者氏名" (Contract Representative Name).
- 4** (Responsible Person Information): Fields for "担当者の氏名" (Responsible Person Name), "担当部署名" (Responsible Department Name), "担当者連絡先(TEL)※" (Responsible Person Contact (TEL) ※), "担当者連絡先(メール)※" (Responsible Person Contact (Email) ※), and "FAX番号" (FAX Number). A note below the TEL field says: "(半角で市外局番から記載ください。「-」(ハイフン)は不要です。)" (Please enter the area code from the outside area code in half-width characters. Hyphens are not required.)

At the bottom, there is a section for "委任先の情報" (Information of the Delegation Recipient) with a note: "委任先をいづれか一つ入力してください。" (Please enter one of the delegation recipients.)

5 委任先を選択します。

当該市町村が所在する都道府県を選択します。

6 個人情報保護方針と入力内容を確認し、「確認」ボタンを押します。

「委任状に記載される内容の確認」画面が表示されます。

7 内容が正しいことを確認し、「委任状の出力 (PDF)」ボタンを押します。

* 入力内容に誤りがある場合は、「入力画面に戻る」ボタンを押し、該当箇所を修正してください。

医療機関情報		老健施設コード	
保険医療機関コード	9111111	老健施設コード	
医療機関名	結合テスト第一病院		
郵便番号	111-1111		
所在地	東京都品川区結合テスト1-1		
病院・診療所・その他	クリニック		
契約代表者	結合 次郎	契約代表者役職	院長
担当者の情報		委任状記載者情報	
担当者の氏名【必須】	テスト	委任状記載者部署	テスト
*担当者連絡先(TEL)【必須】	11-1111-1111	委任状記載者部署連絡先(mail)	test@test.com
(平角で市外局番から記載ください。)			
FAX番号			
委任先の情報			
委任先の提出先【必須】	医師会		
医師会名(委任先が医師会の時必須)	結合テスト医師会		

登録確認画面がポップアップ表示されます。

8 「OK」ボタンを押します。

* 登録をやめる場合は「キャンセル」を押します。

委任状が PDF 形式でダウンロードされます。

9 ダウンロードされた PDF ファイルを開き、内容を確認のうえ、印刷してください。 印刷した委任状に押印のうえ、委任先の都道府県に郵送または持参してください。

- * お使いの PDF 閲覧ソフトウェアにより操作は異なります。
- * 委任状には以下の注意記載がありますのでご確認ください。

【本状を提出する機関の方】

本状を提出後、1 週間経過しても委任状の提出先から受領の連絡がない場合や、V-SYS の ID、パスワードの連絡がない場合には、委任状の提出先または V-SYS サービスデスクにご連絡ください。

【委任とりまとめ者の方】

本状の提出元に心当たりがない場合には、本状の提出元にご連絡ください。

- * 委任とりまとめ者（医療関係団体等）が提出された委任状を受領し、システム上でメールを送信する操作を行った場合、委任状に記載のメールアドレス宛に委任状を受領されたことを通知するメール（受領通知メール）が送信されます。

迷惑メール対策やドメイン指定受信等を設定している場合は、受領通知メールが受信されますよう、

「support@jp.salesforce.com」の登録をお願いいたします。

委任状.pdf 1 / 2

※必ずコピーを保管ください。

委任状作成日：2021年01月03日

委任状

【委任者】

①医療機関コード (又は分科老人保健施設コード、介護施設コード)	91111111
②医療機関名	結合テスト第一病院
③郵便番号	111-1111
④所在地(都道府県)	東京都品川区結合テスト1-1
⑤電話番号(区市外局番)	11-1111-1111
※契約代表者役職・氏名	院長 結合 太郎 印

* ※は本契約代表者を記入し、必ず捺印すること

(記入担当者)

部署・氏名	テスト テスト
メールアドレス	test@test.com
FAX番号	

* ワクチン接種円滑化システムの利用の際に、メールでの情報伝達が頻繁に行われることから、メールアドレスを必須の入力項目としています。やむを得ない事項がある場合には、市町村に事情を説明した上で、FAX番号をご登録ください。

3.市町村が特設の接種会場の設置主体として集合契約の委任状を作成する の手順はこれで終わります。

V-SYS サービスデスク

以下の場合、V-SYS サービスデスクにお問い合わせください。

- 新型コロナウイルス感染症に係るワクチン接種契約受付システムの操作でお困りの場合
- 正確にコードを入力したのに該当データが存在しない場合

V-SYS サービスデスクナビダイヤル

電話番号 : **0570-026-055**

対応時間 : **8:30～19:00** (土日祝日を除く平日のみ)