

一類感染症等医療費公費負担申請フォーム 申請者向けマニュアル

東京都保健医療局感染症対策部 防疫課 指導調整担当

Ver.1.0 (2024/3/19)

改訂履歴

改訂年月日	改訂箇所	改訂内容	備考
2024.3.19		・マニュアルver.1.0作成	

<申請者画面> ログイン

- ・ 一類感染症等に罹患し、医療費の公費負担を申請する場合、
お住まいの地域にある保健所のフォームからお申込みをお願いします。
該当保健所の下記URLからアクセスしてください。

【一類感染症等医療費公費負担申請】

西多摩保健所 <https://logoform.jp/form/tmgform/536296>

南多摩保健所 <https://logoform.jp/form/tmgform/536299>

多摩立川保健所 <https://logoform.jp/form/tmgform/536300>

多摩府中保健所 <https://logoform.jp/form/tmgform/536302>

多摩小平保健所 <https://logoform.jp/form/tmgform/536303>

島しょ保健所 大島出張所 <https://logoform.jp/form/tmgform/536304>

島しょ保健所 三宅出張所 <https://logoform.jp/form/tmgform/536305>

島しょ保健所 八丈出張所 <https://logoform.jp/form/tmgform/536306>

島しょ保健所 小笠原出張所 <https://logoform.jp/form/tmgform/536307>

<申請者画面> ログイン

①以下の画面から手続きフォームにログインしてください。

入力フォーム

このフォームは、株式会社トラストバンクが提供する電子申請サービス「LoGoフォーム」へログインをして申請する必要があります。
下記の案内に沿って、次の画面に進んでください。

ログインして申請
すでにアカウントをお持ちの方は、ログインをして申請にお進みください。

ログイン

新規アカウント登録して申請
アカウントをお持ちでない方は、アカウント登録をして申請にお進みください。

アカウント登録でマイページ
① 自分の申請履歴を確認でき
② 氏名や住所などの登録内容を利用して
③ 電子文書の確認や支払いが必要な用

LoGoフォーム

新規アカウント登録

LoGoフォーム
ログイン

メールアドレスまたはログインID

パスワード

ログイン

[パスワードをお忘れの方](#)

または

外部サービスでログイン

Googleでログイン

Yahoo!JAPAN IDでログイン

LINEでログイン

LoGoフォームアカウントをお持ちでない方
[新規アカウント登録](#)

<申請者画面> マイナンバーカードを使用した電子署名

②申請の流れ、申請に必要なものを確認し、画面下部の各項目にチェックを入れて申請を進めてください。

入力フォーム

この申請では、申請の途中でスマートフォンアプリ「マイナサイン」にて電子署名を行います。パソコン、スマートフォンのどちらからでも申請できます。
以下の内容をご確認の上、申請へお進みください。

申請の流れ



Android端末で申請する場合は、回答送信時にエラーとなる恐れがあるため、「バッテリーセーバーをオフ」にした状態で申請してください。

申請に必要なもの

マイナンバーカード
本人確認（電子署名）のために利用します。

署名用電子証明書暗証番号
本人確認（電子署名）のために利用します。
マイナンバーカード交付の際に、ご自身で設定した英数字6～16桁の暗証番号です。

スマートフォンと「マイナサイン」アプリ
「マイナサイン」アプリはマイナンバーカードを読み取るために利用します。
ご利用のスマートフォンがマイナンバーカードの読み取りに対応しているかどうかはメーカーのウェブサイトをご確認ください。

パソコンから申請する場合もスマートフォンに「マイナサイン」アプリのインストールが必要です。

iPhoneをご利用の方



Androidをご利用の方



申請へ進む前に下記をご確認頂き、各項目にチェックを入れてください

すべてにチェックを入れて申請へお進みください

- マイナンバーカードを用意しました
- 署名用電子証明書暗証番号を用意しました
- マイナンバーカードが読み取り可能なスマートフォンに「マイナサイン」アプリをインストールしました

申請へ進む

<申請者画面> 入力フォーム

③必要事項を記入してください。

Q1. 申請する保健所を選択してください。 **必須**

□□ 保健所

申請先の保健所にお間違いはないかご確認ください。

Q2. 通知先 **必須**

メールアドレス

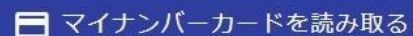
メールアドレス **必須**

0 / 128

メールアドレス (確認) **必須**

0 / 128

この申請はマイナンバーカードの読み取りによる、自動入力が必要です。

 マイナンバーカードを読み取る

読み取りには「マイナンバーカード」と「マイナサイン」アプリが必要です。

[マイナンバーカードの読み取りについて](#)

マイナンバーカードを読み取ると、
氏名、生年月日等が自動で入力されます。

氏名

氏 **必須**

「マイナンバーカードを読み取る」ボタンから自動入力してください。

0 / 64

名 **必須**

「マイナンバーカードを読み取る」ボタンから自動入力してください。

0 / 64

生年月日


<申請者画面> 入力フォーム

③必要事項を記入してください。

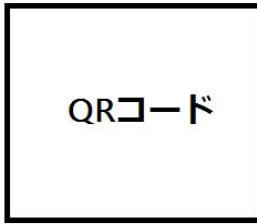
※画面の指示に従い、マイナンバーカードの読み取りを行ってください

マイナンバーカードの読み取り

以下の手順に沿って、「マイナサイン」アプリでマイナンバーカードの読み取りを行ってください。



1. スマートフォンで「マイナサイン」アプリを開く。
2. アプリに表示された「QRコード読み取り」を押下する。
3. 「マイナサイン」アプリで下記の二次元バーコードを読み取り、マイナンバーカードの読み取りを行う。



「マイナサイン」アプリ操作中にエラーが発生し読み取りができなかった場合、以下の手順をお試しください。

1. 本画面の「読み取りをキャンセル」を押下し、入力画面に戻る。
2. 入力画面で「マイナンバーカードを読み取る」を再度押下する。
3. 再び本画面が表示されるのでスマートフォンで「マイナサイン」アプリを開き、画面に表示された二次元バーコードを読み取り電子署名を行う。

← 券面事項の読み取りについて



パスワード入力後、本体のNFCマーク部分にマイナンバーカードのICチップを密着させます。

パスワード入力へ進む

スマートフォンの機種によりマイナンバーカードの読み取り位置が異なります。金属製の机の上では、カードが読み取れない場合があります。

以下の自治体で使用します。



Q3. 保険者等の種別 必須

社保 国保 後期高齢 生保 その他

「保険者等の種別」
選択した保険者種別に応じてさらに選択肢が出ます。
該当する選択肢を選んでください。
(例：社保を選択→「本人」、「家族」のどちらかを選択)

<申請者画面> 入力フォーム

④該当する申請書を選択してください。

Q4. 各申請書 必須

受診医療機関及び医療費公費の内容により申請する様式が異なります。どの申請に該当するか不明な方は、居住地保健所にご確認ください。 必須

- 医療費公費負担申請書
- 療養費支給申請書

どの申請に該当するか不明な方は
居住地保健所にご確認ください。

※医療費公費負担申請書

保健所からの入院勧告や措置、外出自粛要請を受けて、感染症指定医療機関や第二種協定指定医療機関で医療を受けた方はこちらをご選択ください。

(感染症法第37条・第44条の3の2・第50条の3に基づく申請)

* 感染症指定医療機関・ <https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou15/02-02.html>

* 第二種協定指定医療機関・ 発熱外来及び外出自粛対象者の自宅療養者への医療の提供を行う医療機関として都知事から指定を受けている医療機関。

※療養費支給申請書

以下に該当する方はこちらをご選択ください。

- ・ 感染症指定医療機関以外への入院勧告や措置を受けた方
- ・ 第二種協定指定医療機関以外の医療機関で外来医療・在宅医療を受けた方
- ・ 医療費公費負担申請をせずに、感染症指定医療機関や第二種協定指定医療機関で入院勧告や措置、外出自粛要請に基づく医療を受けた方

(感染症法第42条・第44条の3の3・第50条の4に基づく申請)

* 感染症指定医療機関・ <https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou15/02-02.html>

* 第二種協定指定医療機関・ 発熱外来及び外出自粛対象者の自宅療養者への医療の提供を行う医療機関として都知事から指定を受けている医療機関。

<申請者画面> 入力フォーム

⑤-1 Q4で「**医療費公費負担申請書**」を選択した場合、引き続き**Q5**を選択してください。

Q5. どちらの公費負担申請をしますか。 **必須**

- 入院医療費の公費負担申請（第14条）（感染症法第37条に基づく申請）
- 外来医療・在宅医療費の公費負担申請（第30条）（感染症法第44条の3の2・第50条の3に基づく申請）

※入院医療費の公費負担申請（第14条）（感染症法第37条に基づく申請）：

入院の勧告又は入院の措置を受けた方

※外来医療・在宅医療費の公費負担申請（第30条）（感染症法第44条の3の2・第50条の3に基づく申請）：

宿泊施設若しくは居宅等から外出しないことの協力を求められた方

保健所から送付されている資料
(**入院勧告書等**)を
参考に選択してください。

⑤-2 Q4で「**療養費支給申請書**」を選択した場合、引き続き**Q6**を選択してください。

Q6. どちらの療養費支給申請をしますか。 **必須**

以下に該当する方はこちらを入力ください。 **必須**

- 入院医療に係る療養費の支給の申請（第28条）（感染症法第42条に基づく申請）
- 外来医療・在宅医療に係る療養費の支給の申請（第31条）（感染症法第44条の3の3・第50条の4に基づく申請）

※入院医療に係る療養費の支給の申請（第28条）（感染症法第42条に基づく申請）：

感染症指定医療機関以外への入院勧告や措置を受けた方、

医療費公費負担申請をせずに、感染症指定医療機関で入院勧告や措置に基づく医療を受けた方

※外来医療・在宅医療に係る療養費の支給の申請（第31条）（感染症法第44条の3の3・第50条の4に基づく申請）：

第二種協定指定医療機関以外の医療機関で外来医療・在宅医療を受けた方、

医療費公費負担申請をせずに、第二種協定指定医療機関で外来医療・在宅医療を受けた方

<申請者画面> 入力フォーム

⑥-1 入院勧告等を受けた日を記入し、根拠となる申請の条項を選択してください。

Q7. 入院勧告等を受けた日 必須



必須項目です。

保健所から送付されている（**入院勧告書等**）を参考にしてください。

以下のとおり、医療費の公費負担を申請します。（第14条関係）

[※こちらの対応表をご確認いただき、該当する医療費を選択してください。](#)

入院勧告書の「**類型**」に記載のある感染症で該当するものを選択

- 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（以下「法」という。）第37条第1項に規定する医療費(以下に該当しない感染症)
- 法第44条の9第1項の規定により準用される法第37条第1項に規定する医療費(指定感染症)
- 法第8条各項の規定により適用される法第37条第1項に規定する医療費（疑似症患者・無症状病原体保有者）
- 法第53条第1項の規定により適用される法第37条第1項に規定する医療費(新感染症)

← 1つ前の画面に戻る

→ 次の画面へ進む

入力内容を一時保存する

<申請者画面> 入力フォーム

⑦-2 入院勧告書、源泉徴収票等、申請に必要な書類を添付してください。

添付ファイル

※ 以下の拡張子のファイルは投稿できません

exe, bat, sh

※ 一つの添付ファイルの容量上限は10MBです

※ 一回の回答全体の添付ファイルの容量上限は約100MBです

※ 複数ファイルがある場合は、zipファイルでまとめてください

入院に当たっての勧告書等の通知の写し **必須**



アップロードされたファイル

※下記の書類は、別途郵送などにより管轄保健所（申請先保健所）にご提出ください。

・患者並びにその配偶者及び患者と生計を同一にする扶養義務者の前年分の住民税の課税証明書等

保健所から送付されている資料（**入院勧告書**）を電子データで添付してください。

申請者様ご自身で書類を用意いただき、別途郵送などにより保健所にご提出ください。

← 1つ前の画面に戻る

→ **確認画面へ進む**

📄 入力内容を一時保存する

<申請者画面> 入力フォーム

⑧-3 入力内容を確認し、「電子申請を行う」のボタンを押してください。

✎ 入力フォーム

✓ 入力1
✓ 入力2
✓ 入力3

入力内容確認

Q1. 申請する保健所を選択してください。

保健所

Q2. 通知先

メールアドレス Tarou_Tokyo@member.metro.jp

氏名 東京 太郎

生年月日 2000年1月1日

性別 男性

住所 〒1638001 東京都新宿区西新宿2丁目8-1

Q3. 保険者等の種別

国保

Q4. 各申請書

受診医療機関及び医療費公費の内容により申請する様式が異なります。どの申請に該当するか不明な方は、居住地保健所にご確認ください。

医療費公費負担申請書

Q5. どちらの公費負担申請をしますか。

入院医療費の公費負担申請（第14条）（感染症法第37条に基づく申請）

医療費公費負担申請書

Q7. 入院勧告等を受けた日

2024年3月6日

以下のとおり、医療費の公費負担を申請します。（第14条関係）

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（以下「法」という。）第37条第1項に規定する医療費(以下に該当しない感染症)

入院に当たっての勧告書等の通知の [アップロードされたファイル](#) 写し

※下記の書類は、別途郵送などにより管轄保健所（申請先保健所）にご提出ください。
 ・患者並びにその配偶者及び患者と生計を同一にする扶養義務者の前年分の住民税の課税証明書等

← 最初に戻る
← 1つ前の画面に戻る
→ 電子署名を行う



<申請者画面> 入力フォーム

⑥-2 外出自粛の協力の求め等を受けた日を記入し、根拠となる申請の条項を選択してください。

Q8. 外出自粛の協力の求め等を受けた日 **必須**



保健所から送付されている資料（感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に基づく報告又は協力の求めについて）を参考にしてください。

以下のとおり、医療費の公費負担を申請します。（第30条）

※こちらの対応表をご確認いただき、該当する医療費を選択してください。

- 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(以下「法」という。)第44条の3の2に規定する医療費(新型インフルエンザ等感染症)
- 法第50条の3に規定する医療費(新感染症)
- 法第44条の9第1項の規定により準用される法第44条の3の2に規定する医療費(指定感染症)
- 法第8条各項の規定により適用される法第44条の3の2に規定する医療費(疑似症患者・無症状病原体保有者)

どの申請に該当するか不明な方は
居住地保健所にご確認ください。

← 1つ前の画面に戻る

→ 次の画面へ進む

🗄️ 入力内容を一時保存する

<申請者画面> 入力フォーム

⑦-2 外出自粛の協力の求めを受けた書類、源泉徴収票等、申請に必要な書類を添付してください。

添付ファイル

- ※ 以下の拡張子のファイルは投稿できません
exe, bat, sh
- ※ 一つの添付ファイルの容量上限は10MBです
- ※ 一回の回答全体の添付ファイルの容量上限は約100MBです
- ※ 複数ファイルがある場合は、zipファイルでまとめてください

入院に当たっての勧告書等の通知の写し 必須



感染症の予防及び感染…めについて.docx (12.4kb)



[アップロードされたファイル](#)

- ※下記の書類は、別途郵送などにより管轄保健所（申請先保健所）にご提出ください。
- ・患者並びにその配偶者及び患者と生計を同一にする扶養義務者の前年分の住民税の課税証明書等

保健所から送付されている資料（感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に基づく報告又は協力の求めについて）を電子データで添付してください。

申請者様ご自身で書類を用意いただき、別途郵送などにより保健所にご提出ください。

← 1つ前の画面に戻る

→ 確認画面へ進む

🔒 入力内容を一時保存する

<申請者画面> 入力フォーム

⑧-2 入力内容を確認し、「電子申請を行う」のボタンを押してください。

入力フォーム

✓ 入力1 ✓ 入力2 ✓ 入力3

入力内容確認

Q1. 申請する保健所を選択してください。

保健所

Q2. 通知先

メールアドレス Tarou_Tokyo@member.metro.jp

氏名 東京 太郎

生年月日 2000年1月1日

性別 男性

住所 〒1638001 東京都新宿区西新宿2丁目8-1

Q3. 保険者等の種別

国保

Q5で外来・在宅医療費の公費負担申請を選択した場合

Q4. 各申請書

受診医療機関及び医療費公費の内容により申請する様式が異なります。どの申請に該当するか不明な方は、居住地保健所にご確認ください。

医療費公費負担申請書

Q5. どちらの公費負担申請をしますか。

外来医療・在宅医療費の公費負担申請（第30条）（感染症法第44条の3の2・第50条の3に基づく申請）

医療費公費負担申請書

Q8. 外出自粛の協力の求め等を受けた日

2024年3月11日

以下のとおり、医療費の公費負担を申請します。（第30条）

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(以下「法」という。)第44条の3の2に規定する医療費(新型インフルエンザ等感染症)

入院に当たっての勧告書等の通知の写し [アップロードされたファイル](#)

※下記の書類は、別途郵送などにより管轄保健所（申請先保健所）にご提出ください。
・患者並びにその配偶者及び患者と生計を同一にする扶養義務者の前年分の住民税の課税証明書等

← 最初に戻る

← 1つ前の画面に戻る

→ 電子署名を行う

<申請者画面> 入力フォーム

⑥-3 入院勧告等を受けた日を記入し、根拠となる申請の条項を選択してください。

Q9. 入院勧告等を受けた日 **必須**



保健所から送付されている資料（**入院勧告書等**）を参考にしてください。

以下のとおり、療養費の支給を申請します。（第21号様式、様式の2）

※こちらの対応表をご確認いただき、該当する医療費を選択してください。

- 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（以下「法」という。）第42条第1項の規定する療養費(以下に該当しない感染症)
- 法第44条の9第1項の規定により準用される法第42条第1項に規定する療養費(指定感染症)
- 法第8条各項の規定により適用される法第42条第1項に規定する療養費（疑似症患者・無症状病原体保有者）
- 法第53条第1項の規定により適用される法第42条第1項に規定する療養費（新感染症）

どの申請に該当するか不明な方は居住地保健所にご確認ください。

Q10. 支給を受けようとする療養費の額 **必須**

円

Q11. 緊急その他やむを得ない理由 **必須**

（例）「緊急時等の特例として、保健所から感染症指定医療機関以外の医療機関への入院勧告を受けたため。」

← 1つ前の画面に戻る

→ 次の画面へ進む

🔒 入力内容を一時保存する

<申請者画面> 入力フォーム

⑦-3 入院勧告書、源泉徴収票等、申請に必要な書類を添付してください。

添付ファイル
 ※ 以下の拡張子のファイルは投稿できません
 exe, bat, sh
 ※ 一つの添付ファイルの容量上限は10MBです
 ※ 一回の回答全体の添付ファイルの容量上限は約100MBです
 ※ 複数ファイルがある場合は、zipファイルでまとめてください

入院勧告書等の写し **必須**

アップロードされたファイル

医療機関の領収書、診療報酬明細書(ただし、勧告等に基づく入院期間分) **必須**

領収書.pdf (38.7 kB)

アップロードされたファイル

支払金口座振替依頼書 **必須**

支払金口座振替依頼書.pdf (38.7 kB)

アップロードされたファイル
 支払金口座振替依頼書の様式はこちら

※下記の書類は、別途郵送などにより管轄保健所（申請先保健所）にご提出ください。
 ・患者並びにその配偶者及び患者と生計を同一にする扶養義務者の前年分の住民税の課税証明書等

← 1つ前の画面に戻る **→ 確認画面へ進む** 入

保健所から送付されている資料（入院勧告書）を電子データで添付してください。

医療機関の領収書は申請者様ご自身で書類の用意が必要です。

申請者様ご自身で書類を用意いただき、別途郵送などにより保健所にご提出ください。

<申請者画面> 入力フォーム

⑧-3 入力内容を確認し、「電子申請を行う」のボタンを押してください。

✎ 入力フォーム

✓ 入力1
✓ 入力2
✓ 入力3

入力内容確認

Q1. 申請する保健所を選択してください。

保健所

Q2. 通知先

メールアドレス Tarou_Tokyo@member.metro.jp

氏名 東京 太郎

生年月日 2000年1月1日

性別 男性

住所 〒1638001 東京都新宿区西新宿2丁目8-1

Q3. 保険者等の種別

国保

Q4. 各申請書

受診医療機関及び医療費公費の内容により申請する様式が異なります。どの申請に該当するか不明な方は、居住地保健所にご確認ください。

療養費支給申請書

Q6. どちらの療養費支給申請をしますか。

以下に該当する方はこちらを入力ください。 入院医療に係る療養費の支給の申請（第28条）（感染症法第42条に基づく申請）

Q9. 入院勧告等を受けた日

2024年3月11日

以下のとおり、療養費の支給を申請します。（第21号様式、様式の2）

法第8条各項の規定により適用される法第42条第1項に規定する療養費（疑似症患者・無症状病原体保有者）

Q10. 支給を受けようとする療養費の額

1,000 円

Q11. 緊急その他やむを得ない理由

緊急時等の特例として、保健所から感染症指定医療機関以外の医療機関への入院勧告を受けたため。

入院勧告書等の写し	アップロードされたファイル
医療機関の領収書、診療報酬明細書（ただし、勧告等に基づく入院期間分）	アップロードされたファイル
支払金口座振替依頼書	アップロードされたファイル

※下記の書類は、別途郵送などにより管轄保健所（申請先保健所）にご提出ください。

- 患者並びにその配偶者及び患者と生計を同一にする扶養義務者の前年分の住民税の課税証明書等

← 最初に戻る
← 1つ前の画面に戻る
→ 電子署名を行う

<申請者画面> 入力フォーム

⑥-4 入院勧告等を受けた日を記入し、根拠となる申請の条項を選択してください。

Q12. 外出自粛協力の求め等を受けた日 **必須**



保健所から送付されている資料（感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に基づく報告又は協力の求めについて）を参考にしてください。

以下のとおり、療養費の支給を申請します。（第21号様式の3、4）

※こちらの対応表をご確認いただき、該当する医療費を選択してください。

- 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(以下「法」という。)第44条の3の3に規定する療養費(新型インフルエンザ等感染症)
- 法第50条の4に規定する療養費(新感染症)
- 法第44条の9第1項の規定により準用される法第44条の3の3に規定する療養費(指定感染症)
- 法第8条各項の規定により適用される法第44条の3の3に規定する療養費(疑似症患者・無症状病原体保有者)

どの申請に該当するか不明な方は居住地保健所にご確認ください。

Q13. 支給を受けようとする療養費の額 **必須**

円

Q14. 緊急その他やむを得ない理由 **必須**

(例) 「第二種協定指定医療機関以外の病院から医療を受けたため。」

0 / 60000

← 1つ前の画面に戻る

→ 次の画面へ進む

🗑️ 入力内容を一時保存する

<申請者画面> 入力フォーム

⑦-4 外出自粛の協力の求めを受けた書類、源泉徴収票等、申請に必要な書類を添付してください。

添付ファイル

- ※ 以下の拡張子のファイルは投稿できません
exe, bat, sh
- ※ 一つの添付ファイルの容量上限は10MBです
- ※ 一回の回答全体の添付ファイルの容量上限は約100MBです
- ※ 複数ファイルがある場合は、zipファイルでまとめてください

入院勧告等の写し **必須**

📎 感染症の予防及び感染…めについて.docx (12.4kb)

[アップロードされたファイル](#)

保健所から送付されている資料（感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に基づく報告又は協力の求めについて）を電子データで添付してください。

医療機関の領収書、診療報酬明細書(ただし、勧告等に基づく入院期間分) **必須**

📎 領収書.pdf (38.7 kB)

[アップロードされたファイル](#)

医療機関の領収書は申請者様ご自身で書類の用意が必要です。

支払口座振替依頼書 **必須**

📎 支払口座振替依頼書.pdf (38.7 kB)

[アップロードされたファイル](#)

[支払口座振替依頼書の様式はこちら](#)

申請者様ご自身で書類を用意いただき、別途郵送などにより保健所にご提出ください。

- ※下記の書類は、別途郵送などにより管轄保健所（申請先保健所）にご提出ください。
- ・患者並びにその配偶者及び患者と生計を同一にする扶養義務者の前年分の住民税の課税証明書等

← 1つ前の画面に戻る

→ 確認画面へ進む



<申請者画面> 入力フォーム

⑧-4 入力内容を確認し、「電子申請を行う」のボタンを押してください。

✎ 入力フォーム

✓ 入力1
✓ 入力2
✓ 入力3

入力内容確認

Q1. 申請する保健所を選択してください。

保健所

Q2. 通知先

メールアドレス Tarou_Tokyo@member.metro.jp

氏名 東京 太郎

生年月日 2000年1月1日

性別 男性

住所 〒1638001 東京都新宿区西新宿2丁目8-1

Q3. 保険者等の種別

国保

Q4. 各申請書

受診医療機関及び医療費公費の内容により申請する様式が異なります。どの申請に該当するか不明な方は、居住地保健所にご確認ください。

療養費支給申請書

Q6. どちらの療養費支給申請をしますか。

以下に該当する方はこちらを入力ください。 外来医療・在宅医療に係る療養費の支給の申請（第31条）
（感染症法第44条の3の3・第50条の4に基づく申請）



Q12. 外出自粛協力の求め等を受けた日

2024年3月11日

以下のとおり、療養費の支給を申請します。（第21号様式の3、4）

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(以下「法」という。)第44条の3の3に規定する療養費(新型インフルエンザ等感染症)

Q13. 支給を受けようとする療養費の額

1,000 円

Q14. 緊急その他やむを得ない理由

第二種協定指定医療機関以外の病院から医療を受けたため。

入院勧告書等の写し [アップロードされたファイル](#)

医療機関の領収書、診療報酬明細書 (ただし、勧告等に基づく入院期間分) [アップロードされたファイル](#)

支払金口座振替依頼書 [アップロードされたファイル](#)

※下記の書類は、別途郵送などにより管轄保健所（申請先保健所）にご提出ください。
・患者並びにその配偶者及び患者と生計を同一にする扶養義務者の前年分の住民税の課税証明書等

← 最初に戻る
← 1つ前の画面に戻る
→ 電子署名を行う

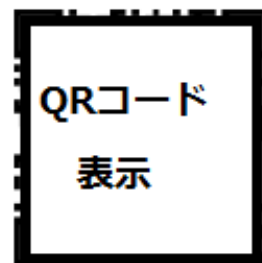
<申請者画面> 電子署名

⑨表示されたQRコードを読み取り、「マイナサイン」アプリから電子署名を行ってください。

以下の手順に沿って、「マイナサイン」アプリで電子署名を行なってください。



1. スマートフォンで「マイナサイン」アプリを開く。
2. アプリに表示された「QRコードを読み取る」ボタンを押下する。
3. 「マイナサイン」アプリで下記の二次元バーコードを読み取り電子署名を行う。



← 1つ前の画面に戻る

「マイナサイン」アプリ操作中にアプリが強制終了した場合は以下の手順をお試しください。

1. 本画面の「1つ前の画面に戻る」を押下し、入力内容確認画面に戻る。
2. 入力内容確認画面で「電子署名を行う」を再度押下する。
3. 再び本画面が表示されるのでスマートフォンで「マイナサイン」アプリを開き、画面に表示された二次元バーコードを読み取り電子署名を行う。

<「マイナサイン」画面> 電子署名

⑩アプリ上で下記画面が表示されるため、手順に従って操作してください。

以下の申請に署名します。

申請先:
東京都（都庁）

申請名:
医療費公費負担等の申請[マイナサインあり]

申請日:
2024.01.23

上記の内容に電子署名をします。よろしいですか？
同意しない場合、画面左上の戻るボタンから戻ってください。

同意する



マイナンバーカードの署名用電子証明書のパスワード(6-16桁)を入力してください。

読み取りを開始する

パスワードを5回連続で間違えるとマイナンバーカードがロックされます。ロックされた場合は、市区町村窓口にてパスワード初期化を申請してください。

キャンセル



カードをセットしてください読み取りについて

マイナンバーカードの署名用電子証明書のパスワード(6-16桁)を入力してください。

パスワードを5回連続で間違えるとマイナンバーカードがロックされます。ロックされた場合は、市区町村窓口にてパスワード初期化を申請してください。

スキヤンの準備ができました



マイナンバーカードを読み取ります このポップアップウィンドウが閉じるまでカードをセットしたままにしてください

キャンセル



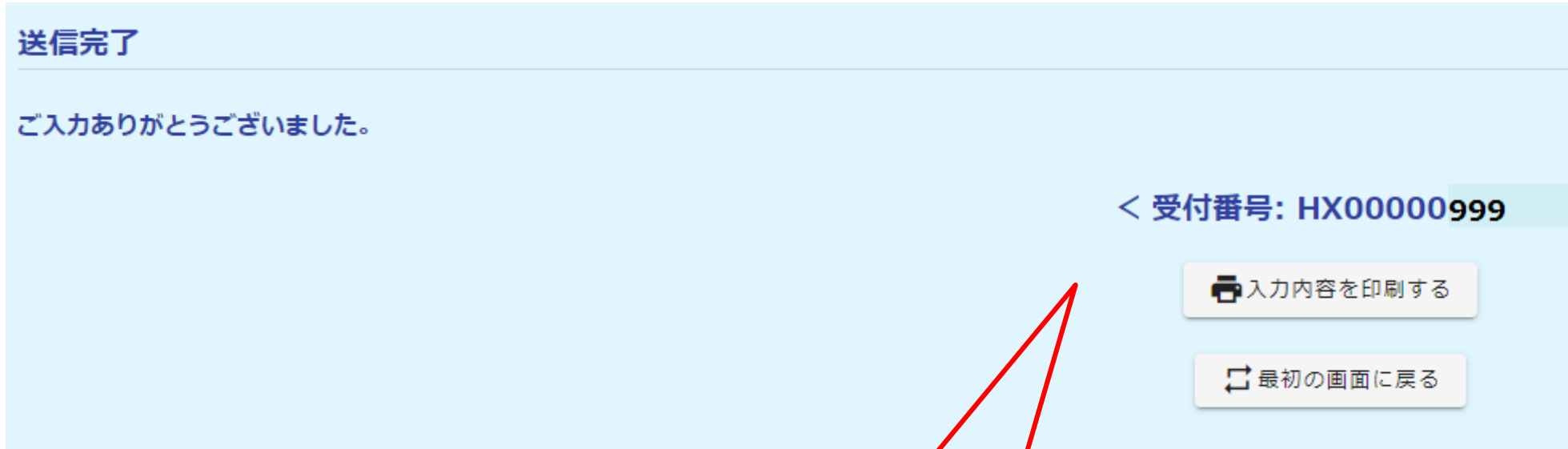


マイナンバーカードを読み取ります このポップアップウィンドウが閉じるまでカードをセットしたままにしてください

マイナンバーカードの署名用電子証明書のパスワードを入力してください

<申請者画面> 送信完了

⑪ マイナンバーカード読み取りが正常に終了した場合、以下の画面が表示されます。



受付番号を控えて
ください。

<メール受信画面> 確認メール

⑫登録したアドレスへ確認メールが届きます。

※本メールは、フォームにご入力された方にお送りする自動配信メールです。本メールへの返信はできません。

※本メールに心当たりが無い場合は、お手数ですがメールを破棄していただきますようお願いいたします。

ご入力ありがとうございました。

フォーム名:

医療費公費負担等の申請[マイナサインあり]

受付番号:

HX00000999

受付番号が合っている
かご確認ください。

マイページから随時申請状況
を照会できます。

<メール受信画面> 申請決定メール

⑬申請が決定された場合、メールが届きます。

※本メールは、フォームにご入力された方にお送りする自動配信メールです。本メールへの返信はできません。

※本メールに心当たりが無い場合は、お手数ですがメールを破棄していただきますようお願いいたします。

このメールはの申請フォームより申込みをされた方に送信しております。

お客様の申請に対して電子文書が発行されました。

以下の URL にて、電子文書をご確認ください。

URLをクリックし、公費負担決定通知書
をご確認ください。

https://logoform.jp/status/inquiry/A-licAE2xKMqbGS2zEm6NO8ceq30vH6VWG0MEnLp58s?receipt_num=H

フォーム名:

医療費公費負担等の申請[マイナサインあり]

受付番号:

HX00000999