

結核医療費公費負担申請フォーム

申請者向けマニュアル②

～ 内容変更の申請・届出 ～

2-1 住所を変更した場合

2-2 医療機関を変更した場合

2-3 医療内容（収容期間）の変更を申請する場合

2-4 医療費助成について、住民税非課税者から住民税課税者になった場合

改訂履歴

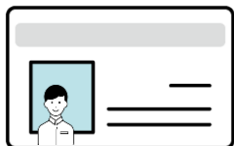
改訂年月日	改訂箇所	改訂内容	備考
2024.3.18		・マニュアルver.1.0作成	

1. 注意事項・事前準備、ログイン

【本フォームによる申請・届出の注意事項、事前準備】

・ **本フォームによる申請・届出は、患者ご本人による申請専用です。** 代理人等により申請・届出される場合は、所定の申請・届出様式を書面により管轄保健所に郵送・窓口提出してください。

・ **本フォームによる申請・届出は、マイナンバーカードによる認証が必要となります。**
事前に以下ご準備ください。 詳細は別添「マイナンバーカードによる電子認証マニュアル」をご覧ください。
ご準備が難しい方は、所定の申請・届出様式を書面により管轄保健所に郵送・窓口提出してください。



① マイナンバーカード

② マイナンバーカードの署名用電子証明書暗証番号【6～16桁の英数字】

マイナンバーカードの暗証番号【数字のみ4桁】

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、いずれもご自身で設定されたものです。



③ スマートフォンと、マイナサインアプリのインストール

マイナンバーカードの読取りに対応したスマートフォンが必要です。

また、スマートフォンにインストールした「マイナサインアプリ」でマイナンバーカードを読み取り本人確認と公的個人認証を行うため、マイナサインアプリのインストールが必要です。



[iPhoneをご利用の方はApp Storeからダウンロード（別ウインドウで開きます）](#)



[Androidをご利用の方はGooglePlayからダウンロード（別ウインドウで開きます）](#)

・ **本フォームはマイナンバーカードによる認証を行うため、ご結婚や転居等により氏名や住所に変更があった場合、更新後でないとは認証できません。** このような場合の申請・届出も、書面により管轄保健所に所定の様式等を郵送・窓口提出ください。

<申請者画面> ログイン

・ 結核医療費の公費負担・助成に関し、患者ご自身のご住所や医療機関、すでに承認された医療内容などに変更が生じた場合、所定の届出や申請が必要となりますが、お住まいの地域にある保健所（管轄保健所）が都保健所のときは、下記フォームから申請することができます。

お住まいの地域にある都保健所（管轄保健所）のフォームに、下記URLからアクセスしてください。

【結核医療費公費負担申請フォーム】

西多摩保健所 <https://logoform.jp/form/tmgform/536640>

南多摩保健所 <https://logoform.jp/form/tmgform/536675>

多摩立川保健所 <https://logoform.jp/form/tmgform/536705>

多摩府中保健所 <https://logoform.jp/form/tmgform/536722>

多摩小平保健所 <https://logoform.jp/form/tmgform/536743>

島しょ保健所 大島出張所 <https://logoform.jp/form/tmgform/536758>

島しょ保健所 三宅出張所 <https://logoform.jp/form/tmgform/536775>

島しょ保健所 八丈出張所 <https://logoform.jp/form/tmgform/536795>

島しょ保健所 小笠原出張所 <https://logoform.jp/form/tmgform/536809>

<申請者画面> ログイン

【西多摩保健所】結核医療費公費負担申請

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をご利用できます

- ① 自分の申請履歴を確認できます。
- ② 氏名や住所などの登録内容を利用して、申請内容の入力や確認が楽になります。
- ③ 電子文書の確認や支払いが必要な申請もスムーズに行えます。

[新規アカウント登録](#)

アカウントを作成済の場合
はこちらをクリック

アカウントを未作成の場合
はこちらをクリック



LoGoフォーム
ログイン

メールアドレスまたはログインID
1 / 128

パスワード
1 / 16

[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> 事前準備の確認

- ・ ①ログインすると、マイナンバーカードによる認証に必要な事項が案内されます。
- ・ ②準備を確認後、確認項目3つにチェックを入れて、③「申請へ進む」をクリックしてください。

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



① 申請フォームへ入力 → ② 「マイナサイン」アプリを起動し暗証番号を入力 → ③ 続けてマイナンバーカードを読み取る → ④ Webブラウザに戻り申請完了

ⓘ 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。

①

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**



> 動作環境を確認

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

③ **申請へ進む**

<申請者画面> Q1申請の種類を選択、Q3変更内容の選択

・ 患者ご自身のご住所や医療機関、すでに承認された医療内容などに変更が生じた場合の届出や申請を行う場合、Q1で「申請内容に変更がある場合」を選択してください。

・ Q3変更内容の選択肢が表示されますので、今回の届出・申請内容に応じて選択してください。

The screenshot shows a web form with three main sections:

- Q1. 申請の種類 必須**
 - 新たに申請をする場合
 - 申請内容に変更がある場合
- Q3. 申請した内容の変更 必須**
 - 住所を変更した場合
 - 医療機関を変更した場合
 - 医療内容（収容期間）の変更を申請する場合
 - 医療費助成について、住民税非課税者から住民税課税者になった場合
- Q4. 申請・届出をする都保健所 必須**
 - ※プルダウンから選択 必須

At the bottom, there are two buttons: a blue button labeled "→ 次の画面へ進む" and a white button labeled "入力内容を一時保存する".

※結核医療費の公費負担・助成を新たに申請する場合も、本フォームから申請することができます。

この場合は、Q1で「新たに申請をする場合」を選択してください。

本フォームによる新規申請の詳細については、別添「結核医療費公費負担申請フォーム 申請者向けマニュアル①～新規の申請～」を参照してください。

<申請者画面> Q4 申請・届出をする都保健所の確認

- ・ Q4 今回申請・届出をする保健所について、プルダウンから確認してください。

この欄をクリックすると選択肢が出ます

今回申請・届出をする保健所が他の都保健所の場合は、当該都保健所のリンクをクリックして、当該都保健所のフォームに移動してください。

クリックして次の画面に進んでください

Q4. 申請・届出をする都保健所 必須
※プルダウンから選択 必須

西多摩保健所
他の保健所

Q4. 申請・届出をする都保健所 必須
※プルダウンから選択 必須

西多摩保健所

→ 次の画面へ進む 入力内容を一時保存する

Q4. 申請・届出をする都保健所 必須
※プルダウンから選択 必須

他の保健所

他の都保健所に申請・届出をする場合は、下記リンク先のフォームからお願いします。

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

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

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

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

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

島しょ保健所三宅出張所： <https://logoform.jp/form/tmgform/> ●●●●

島しょ保健所八丈出張所： <https://logoform.jp/form/tmgform/> ●●●●

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

⚠️ お手数をお掛けしますが、上記リンク先の各都保健所のフォームからお願いします。

→ 次の画面へ進む 入力内容を一時保存する

2. Q1で「申請内容に変更がある場合」を選択した場合

2-1 住所を変更した場合

2-2 医療機関を変更した場合

2-3 医療内容(収容期間)の変更を申請する場合

2-4 医療費助成について、住民税非課税者から住民税課税者になった場合

<申請者画面> Q5 申請・届出をする方（患者本人）

- ① 「マイナンバーカードを読み取る」をクリックしてください。
- ② スマートフォンで申請・届出を進めている場合は、事前にインストールしたマイナサインアプリが起動しますので、マイナンバーカードを読み取ってください。

PCで申請・届出を進めている場合は、下右の画面が表示されますので、事前にマイナサインアプリをインストールしたスマートフォンで表示されたQRコードを読み取った後、マイナンバーカードを読み取ってください。

- ③ マイナンバーカードの数字4桁の暗証番号を入力すると、氏名等がフォームに自動で入力されます。
- ④ 「電話番号」欄に入力するとともに、ログイン情報から転記された「メールアドレス」欄を確認してください。

②

【PCで申請・届出を進めている場合】

← 券面事項の読み取りについて

<申請者画面> 2-1 住所を変更をした場合（1）

- ①東京都医療費助成の期間中の場合は、チェックを入れてください。
- ②Q8「新住所」とQ9「旧住所」にそれぞれ入力してください。（次ページへ続く）

住所を変更した場合

※届出に際し、患者票の原本を管轄保健所に提出し、住所欄の変更を受けてください。

住所変更届（第17号様式）（第16条関係） 兼 医療費助成変更届（第20号様式）（第25条関係）

この度、下記のとおり住所を変更したので、届け出ます。

①

【東京都医療費助成の期間中の場合】 医療費助成についても、下記のとおり変更したので併せて届け出ます。

②

Q8. 新住所 **必須**

0 / 60000

Q9. 旧住所 **必須**

0 / 60000

<申請者画面> 2-1 住所を変更をした場合（2）

- ① Q16「公費負担者番号」、Q17「公費負担医療の受給者番号」にそれぞれ入力してください。
- ② Q18「有効期間の開始日」、Q19「有効期間の終了日」にそれぞれ入力してください。
- ③ 東京都医療費助成の期間中にチェックを入れた場合、Q20「（医療費助成の）負担者番号」、Q21「（医療費助成の）有効期間の開始日」、Q22「（医療費助成の）有効期間の終了日」が表示されますので、それぞれ入力してください。
- ④ **患者票の原本を管轄保健所（届出先保健所）に別途提出し、住所欄の変更を受けてください。**
- ⑤ 入力内容を確認後、「確認画面へ進む」をクリックしてください。

①

Q16. 公費負担者番号

0 / 8

Q17. 公費負担医療の受給者番号

0 / 7

②

Q18. 有効期間の開始日

📅

Q19. 有効期間の終了日

📅

⑤

← 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> 2-2 医療機関を変更をした場合（1）

①東京都医療費助成の期間中の場合はチェックを入れてください

②Q10～13に新旧医療機関の名称と所在地を入力してください。（次ページへ続く）

医療機関を変更した場合

※届出に際し、患者票の原本を管轄保健所に提出し、医療機関欄の変更を受けてください。

医療機関変更届（第18号様式）（第17条関係）兼 医療費助成変更届（第20号様式）（第25条関係）

この度、下記のとおり医療機関を変更したので、届け出ます。

①

【東京都医療費助成の期間中の場合】 医療費助成についても、下記のとおり変更したので併せて届け出ます。

②

Q10. 新医療機関の名称 必須

0 / 60000

Q11. 新医療機関の所在地 必須

0 / 60000

Q12. 旧医療機関の名称 必須

0 / 60000

Q13. 旧医療機関の所在地 必須

0 / 60000

<申請者画面> 2-2 医療機関を変更をした場合（2）

- ① Q16「公費負担者番号」、Q17「公費負担医療の受給者番号」にそれぞれ入力してください。
- ② Q18「有効期間の開始日」、Q19「有効期間の終了日」にそれぞれ入力してください。
- ③ 東京都医療費助成の期間中にチェックを入れた場合、Q20「（医療費助成の）負担者番号」、Q21「（医療費助成の）有効期間の開始日」、Q22「（医療費助成の）有効期間の終了日」が表示されますので、それぞれ入力してください。
- ④ **患者票の原本を管轄保健所（届出先保健所）に別途提出し、医療機関欄の変更を受けてください。**
- ⑤ 入力内容を確認後、「確認画面へ進む」をクリックしてください。

①

Q16. 公費負担者番号

0 / 8

Q17. 公費負担医療の受給者番号

0 / 7

②

Q18. 有効期間の開始日

Q19. 有効期間の終了日

⑤

← 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> 2-3 医療内容（収容期間）の変更を申請する場合

①医師が記入した「医療内容（収容期間）変更申請書」（第19号様式）の医師の診断書が必要ですので、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。

②申請内容を確認の上、「確認画面へ進む」をクリックしてください。

医療内容（収容期間）の変更を申請する場合

※外科的療法に伴う入院の延長が必要になった場合に申請してください。

医療内容（収容期間）変更申請書（第19号様式）（第18条関係）

承認を受けた病院又は診療所への収容期間を変更する必要があるため、医師の意見書及び患者票を添えて申請します。

- ①
- 【必要書類の提出】
- 「医療内容（収容期間）変更申請書」の医師の意見書
 - 患者票の原本
- 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。

[「医療内容（収容期間）変更申請書」の医師の意見書様式はこちら](#)

② ← 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> 2-4 医療費助成につき住民税非課税者から住民税課税者になった場合

- ① Q16「公費負担者番号」、Q17「公費負担医療の受給者番号」をそれぞれ入力してください。
- ② Q18「有効期間の開始日」、Q19「有効期間の終了日」をそれぞれ入力してください。
- ③ Q20「（医療費助成の）負担者番号」、Q21「（医療費助成の）有効期間の開始日」、Q22「（医療費助成の）有効期間の終了日」について、それぞれ入力してください。
- ④ 入力内容を確認後、「確認画面へ進む」をクリックしてください。

医療費助成について、住民税非課税者から住民税課税者になった場合

医療費助成変更届（第20号様式）（第25条関係）

この度、住民税非課税者から住民税課税者となった（※）ので、届け出ます。

※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施行細則第19条第2号に該当しなくなった

①

Q16. 公費負担者番号

_____ 0 / 8

Q17. 公費負担医療の受給者番号

_____ 0 / 7

②

Q18. 有効期間の開始日

📅 _____

Q19. 有効期間の終了日

📅 _____

③

Q20. （医療費助成の）負担者番号

_____ 0 / 8

Q21. （医療費助成の）有効期間の開始日

📅 _____

Q22. （医療費助成の）有効期間の終了日

📅 _____

④

← 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> 申請・届出内容の確認とマイナサインアプリ

- ①申請・届出画面で入力し、最下部の「確認画面へ進む」をクリックすると、入力内容の確認画面となります。
- ②入力内容を確認し、最下部の「電子署名を行う」をクリックしてください。
- ③スマートフォンで申請・届出を進めた場合は、事前にインストールしたマイナサインアプリが起動しますので、電子署名を行ってください。

PCで申請・届出を進めた場合は、下右の画面が表示されますので、事前にマイナサインアプリをインストールしたスマートフォンで表示されたQRコードを読み取ってください。

①

入力内容確認

Q1. 申請の種類
申請内容に変更がある場合

Q3. 申請した内容の変更
住所を変更した場合

Q4. 申請・届出をする郵便番号
※フリガナから選択 西多摩保健所

Q5. 申請者（患者）情報
氏名 新沼 太郎
電話番号 0312345678
メールアドレス hoge@test.jp

住所を変更した場合
※届出に際し、お住まいの原本を管轄保健所に届出し、住所欄の変更を受けてください。

住所変更届（第17号様式）（第16条関係）兼 医療費助成変更届（第20号様式）（第25条関係）
この際、下記のとおり住所を変更したので、届け出ます。

【※医療費助成の届出中の場合】医療費助成についても、下記のとおり変更したので併せて届け出ます。

Q8. 新住所
東京都新宿区西新宿2-3-1

Q9. 旧住所
東京都新宿区西新宿2-3-1

Q16. 公費負担番号
12345678

Q17. 公費負担医療の受給番号
1234567

Q18. 有効期間の開始日
2024年4月1日

Q19. 有効期間の終了日
2024年4月30日

Q20. (医療費助成の) 負担番号
12345678

Q21. (医療費助成の) 有効期間の開始日
2024年4月1日

Q22. (医療費助成の) 有効期間の終了日
2024年4月30日

← 戻る 1つ前の画面に戻る → 電子署名を行う



③【PCで申請・届出を進めた場合】

入力フォーム

✓ 入力1 ✓ 入力2 ✓ 確認 ④ 電子署名 ⑤ 完了

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。

QRコードの表示

← 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」アプリ画面> 電子署名の実施

- ・スマートフォンの「マイナサイン」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。
- ・最後に、**マイナンバーカードの署名用電子証明書暗証番号（英数字6～16桁）**を入力してください。

以下の申請に署名します。

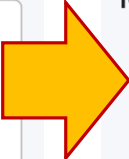
申請先:
東京都（都庁）

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。

キャンセル

スキャ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暗証番号を入力してください

<申請者画面> 送信完了

- ・ 受付番号が表示され、申請・届出が完了しました。
- ・ 登録されたメールアドレスにも送信完了メールが届きます。



- ・ **提出が必要な書類がある場合、別途郵送などにより管轄保健所（申請・届出先保健所）にご提出ください。**

【必要書類の提出先】 ※「東京都●●保健所 保健対策課宛て」とし、結核公費負担申請関係書類とわかるよう送付書等を入れてください。

保健所名	送付先	保健所名	送付先
西多摩保健所	〒198-0042 青梅市東青梅1丁目167番地の15	島しょ保健所	
南多摩保健所	〒206-0025 多摩市永山2丁目1番地5号	同大島出張所	〒100-0101 大島町元町字馬の背275番地4号
多摩立川保健所	〒190-0023 立川市柴崎町二丁目21番19号(東京都立川福祉保健庁舎内)	同三宅出張所	〒100-1102 三宅村伊豆1004
多摩府中保健所	〒183-0022 府中市宮西町1-26-1 東京都府中合同庁舎内	同八丈出張所	〒100-1511 八丈町三根1950番地2
多摩小平保健所	〒187-0002 小平市花小金井1丁目31番地24号	同小笠原出張所	〒100-2101 小笠原村父島字清瀬