

神奈川県知事 様

住 所

申請者 氏 名

㊞

電話番号

宿泊療養中又は自宅療養中の新型コロナウイルス感染症に係る医療費申請書

宿泊療養中又は自宅療養中の新型コロナウイルス感染症に係る医療費の償還払いを受けたいので、関係書類を添えて申請します。

陽性者管理番号※	医療機関で陽性の確定診断を受けた日※	療養期間終了日
	/ /	/ /

※陽性者管理番号が付与または陽性の確定診断以降から療養期間終了日の間に実施された医療が対象。

受診日	受診医療機関・薬局名	申請金額
/ /		円
/ /		円
/ /		円
合計金額		円

<振込先>

金融機関		支店・支所	
口座別種別	普通 当座	口座番号	
口座名義	カタカナで記入してください		

申請する方と口座名義人が異なる場合は、下欄にも記入・押印をお願いします。

委任状	私は、次の者に医療費の受領に関する一切の権限を委任します。			
	受任者 (口座名義人)	住所: 名前:	委任者 (申請者)	住所: 名前:
		㊞		㊞

添付書類

- 医療費の支払が確認できる書類の写し（診療費請求書兼領収書、領収書+報酬明細書 等）
- 口座振込先を確認できる通帳等の写し
- 陽性者登録窓口に登録されている方は、その登録番号が分かるもの（登録通知のメールの写し等）

見本：R4.10.2 医療機関にて陽性確定

令和4年10月31日

神奈川県知事 様

償還払い(罹患した)対象者のお名前を記入ください。
※ 家族が代筆される場合も同様
電話番号は日中取れる番号をお書きください。

住所 横浜市 中区 ○-□-201

氏名 神奈川 花子

㊞

医療機関による陽性確定後または陽性者登録窓口の登録が完了し、陽性者管理番号が付与された以降からの医療が対象。

…確定が検査当日の場合は確定後の診療分から。

自宅療養期間中に再度受診した場合は再診料から対象となる。

※ 陽性確定の診断を受けた医療機関とは別の医療機関を受診した場合も同様。

080-0000-xxxx

例：○○診療所 領収書記載 医療点数

初・再診料 288点 … 対象外

医学管理 550点 … 対象外

検査 1500点 … 対象外

投薬 75点 … 対象

※計算方法は「(参考)償還払いの対象となる医療費の事例」

陽性者管理番号※	医療機関で陽性の確定診断を受	
xxxxxxxxxx	R4 / 10 / 2	R4 / 10 / 7

※陽性者管理番号が付与または陽性の確定診断以降から療養期間終了日の間に実施された医療が対象。

受診日	受診医療機関・薬局名	申請金額
R4 / 10 / 1	△△クリニック	2,580 円
R4 / 10 / 2	○○診療所	230 円 2,740 円
R4 / 10 / 2	□□薬局	1,080 円
R4 / 10 / 6	○○診療所	1,500 円
合計金額		<u>2,810 円</u> 7,900 円

<振込先>

金融機関	xx 銀行	支店・支所	横浜 支店
口座別種別	普通 当座	口座番号	xxxxxxxx
口座名義	カタカナで記入してください カナガワ タロウ		

申請する方と口座名義人が異なる場合は、下欄に

家族の分も含め、複数名分の申請をする場合、それぞれ別々の申請書を作成の上、代表者一名の口座での申請可能。

※ 委任状がない場合は県より連絡することがあります。

委任状	私は、次の者に医療費の受領に関する一切			
	受任者 (口座名義人)	住所: 横浜市中区○-□-20 名前: 神奈川 太郎 ㊞	委任者 (申請者)	名前: 神奈川 花子 ㊞

- ※ 対象外となった申請に関しましては書類一式を返送させていただきます。
- ※ 申請された金額と、実際に公費となる金額に相違がある場合が多く見受けられます。
- ※ 制度に関しましては神奈川県ホームページを確認し、申請をしてください。

※ 提出先・方法につきましては管轄の保健所にお問合せください ※