

令和 3 年 10 月 18 日

神奈川県知事 様

受診者の情報を記載してください。

住 所 横浜市◆◆区◆◆◆△-△-△△

申請者 氏 名 横浜 太郎

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。

受診日	受診医療機関名	申請金額
令和3年9月15日	■■内科	1,250円
令和3年9月15日	▲▲▲薬局▲▲店	980円
令和3年9月15日	■■内科	650円
合計金額		2,880円

保険外診療は払い戻しの対象外となるため、申請金額には含めないでください。

<振込先>

金融機関	△△△銀行	支店・支所	▲▲支店
口座種別	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 ヨコハマ ハナコ		

申請者氏名と、振込先口座名義人が異なる場合は、必ず委任状欄も記載してください。

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： 横浜市◆◆区◆◆◆ △-△-△△	委任者 (申請者)	住所： 横浜市◆◆区◆◆◆ △-△-△△
	氏名： 横浜 花子	氏名： 横浜 太郎		