

令和 年 月 日

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。

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本申請の対象となります。(裏面参照)

受診日	受診医療機関・薬局名	申請金額
/ /		円
/ /		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:

㊞

㊞

見本

令和4年4月30日

神奈川県知事 様

償還払い対象者のお名前を記載ください。

※ 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 (印)

電話番号 080-〇〇〇〇-××××

医療機関による陽性確定後から対象。(電話・オンライン診療含む)

…確定が検査当日の場合は確定後の診療分から。(主に投薬等)

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。

例：△クリニック領収・診療明細書 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

※ 計算方法詳細

「(参考)償還払いの対象となる医療費の事例」

医療機関で陽性の確定診断を受けた日

R4 / 4 / 1

R4 / 4 / 10

※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本申請の対象となります。(裏面参照)

受診日	受診医療機関・薬局名	申請金額
R4 / 3 / 31	○診療所	2,580 円
R4 / 4 / 1	△クリニック	2,730 220 円 円
R4 / 4 / 1	□薬局	1,080 円
R4 / 4 / 7	○診療所	1,500 円
合計金額		8,120 2,800 円 円

<振込先>

金融機関	×× 銀行	支店・支所	横浜 支店
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 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

委任状	私は、次の者に医療費の受領に関する		
	受任者 (口座名義人)	住所: 横浜市中央区○-□-201 名前: 神奈川 太郎 (印)	委任者 (申請者) 横浜市中央区○-□-201 名前: 神奈川 花子 (印)

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、代表者一名の口座への振込可能。

※ 委任状の記載がない場合は県より連絡をする場合があります。

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。今一度確認の上、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 ※