

令和3年9月24日

各保健福祉事務所長 } 殿  
保健福祉事務所各センター所長 }

医療危機対策本部室長

宿泊療養・自宅療養者に係る医療費公費負担について（通知）

標記に関しては、令和2年6月15日付け新型コロナウイルス感染症神奈川県対策本部長通知（「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養における公費負担医療の提供について（依頼）」（健危第147号））にて一度通知をしていましたが、感染拡大により宿泊・自宅療養者が急増しており、自宅療養者へオンライン診療等を実施した際の公費請求に差異が生じている状況であり、また、当該制度についてお問い合わせを多数受けていたことを踏まえ、関係機関へ改めて周知をするため、再度、通知いたします。

なお、本通知の施行に伴い、令和3年9月10日付け神奈川県健康医療局医療危機対策本部室長通知（「宿泊療養・自宅療養者に係る医療費公費負担について（通知）」（医危第1961号））は廃止します。

<添付資料>

- ・（別紙）宿泊療養・自宅療養者に係る医療費公費負担について
- ・（参考）様式1（医療費申請書）
- ・（参考）「宿泊療養・自宅療養者に係る医療費公費負担」に関する質疑応答集（第1版）※今後、県HPにも掲載し、随時更新していく予定です。

（ 問合せ先  
自宅療養グループ 川井、小林  
Mail:iryokiki-zitaku.g4ja@pref.kanagawa.jp ）

## 宿泊療養・自宅療養者に係る医療費公費負担について

令和3年9月24日  
神奈川県医療危機対策本部室

「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養における公費負担医療の提供について」（令和2年4月30日付け健感発0430第3号厚生労働省健康局結核感染症課長通知）に基づき、令和2年4月1日以降、新型コロナウイルス感染症の軽症者等が、宿泊療養又は自宅療養中に医療機関等を受診した新型コロナウイルス感染症に係る医療のうち、保険給付後のなお残る自己負担分に相当する金額を公費で補助することについて、次のとおり必要な事項を定める。

### 1 概要

- ・ 新型コロナウイルス感染症に係る医療のうち、保険給付後のなお残る自己負担分に相当する金額（以下「自己負担額」という。）については、県が補助する。
- ・ 県は、当該審査及び支払事務について、社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会へ委託する。
- ・ 医療機関等は、自己負担額を含めて、社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険団体連合会へ請求する。
- ・ 既に本人が医療機関等へ支払済の自己負担額については、県から本人に対する償還払いにより対応するので、対象者が各保健所を通じて県に申請することにより支給する。

### 2 対象範囲

本県等の実施する宿泊療養又は自宅療養の対象となった軽症者等に対し、令和2年4月1日以降に行われた「対象となる医療」。

### 3 対象となる医療

- ① 宿泊療養又は自宅療養の対象となった方が受けた医療であること
- ② 宿泊療養又は自宅療養を受けている期間に受けた医療であること  
※ 療養の認定前や解除後に実施した医療は対象外
- ③ 新型コロナウイルス感染症に係る医療であること  
※ 新型コロナウイルス感染症に関するものではない医療や感染症に感染していなかったとしても実施されたであろう医療は対象外

#### 【公費番号】

公費負担者番号：28140606

受給者番号：9999996

#### 4 自己負担額の取扱い

原則として、医療機関等は、対象者が対象となる医療を受診した場合、その自己負担分を徴収せず、後日、当該自己負担分に係る金額を審査支払機関に請求するようにしてください。

#### 5 支払済の自己負担額に係る取扱い

県から本人に対する償還払いにより対応します。

#### 6 各保健所、対象者、医療機関等の事務の流れ

##### 【各保健所】

- ・ 各保健所は、対象者に対し、医療機関等の窓口で診療費の自己負担額がかからない旨を周知してください。
- ・ 医療機関等で受診・調剤を受ける際は、自分が対象者であることを申告するよう対象者に周知してください。
- ・ 支払済の自己負担額については、県から本人に対する償還払いにより対応しますので、その場合は必要書類を保健所に提出するよう周知してください。
- ・ 償還払いする際には、各保健所は、対象者に対して、医療費申請書等、償還払いに必要な書類を提出するよう周知し、提出書類をとりまとめてください。各保健所は、対象者から提出された書類に不備がないことを確認の上、神奈川県医療危機対策本部室 自宅療養グループ 公費負担担当あて送付してください。

##### <償還払いに必要な提出書類>

- ・ 医療費申請書（様式1）
- ・ 領収書等費用が確認できる書類の写し
- ・ 口座振込先の通帳の写し
- ・ 就業制限通知書の写し（その他当該患者が対象者であることが確認できる書類でも可）

##### <保健所からの書類の提出先>

- ・ 〒231-8588 横浜市中区日本大通1  
神奈川県医療危機対策本部室 自宅療養グループ 公費負担担当

##### 【対象者】

- ・ 医療機関等で受診・調剤を受ける際は、自分が対象者であることを申告する。
- ・ 支払済の自己負担額については、県から本人に対する償還払いにより対応するので、各保健所あてに必要な書類を添付して医療費申請書を提出する。

**【医療機関等】**

- ・ 対象者が対象となる医療を受診した場合、その自己負担分を徴収せず、後日、当該自己負担分に係る金額を審査支払機関に請求するようにしてください。
- ・ 対象者である旨の確認が取れない場合は、各保健所に問合せをして確認してください。