

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:
		印		印

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)

神奈川県知事 様

令和4年9月26日以降、神奈川県陽性者管理登録窓口へ登録し、管理番号を付与された方は、可能な限り記載をお願いします。登録をされていない方については、空欄でご提出ください。

申請者

住所 横浜市 中区 ○-□-201  
氏名 神奈川 花子 印

(注) 必ず、償還払い(罹患したご本人)対象者のお名前をご記入ください

電話番号 080-●●●●-■■■■

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。

- ①「医療機関にて陽性と判断された日」もしくは、②「陽性者管理番号が付与された日」のいずれかを記載

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
××××××××	R4 / 10 / 2	R4 / 10 / 7

受診日	受診医療機関・薬局名	申請金額	
R4 / 10 / 2	〇〇 診療所	220	円
R4 / 10 / 2	□□ 薬局	1,080	円
R4 / 10 / 6	〇〇 診療所	1,500	円
	合計金額	2,800	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: 横浜市中区○-□-201 名前: 神奈川 太郎 印	委任者 (申請者)	住所: 横浜市中区○-□-201 名前: 神奈川 花子 印

(注)

- 1. 委任状がない場合、お支払いができませんので、ご注意ください。
- 2. 複数名分の申請をする場合、それぞれに申請書(必要に応じて委任状)を作成してください