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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受診日 | 受診医療機関名 | 申請金額 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | 合計金額 |  |

＜振込先＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関 |  | 支店・支所 |  |
| 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 | |  |