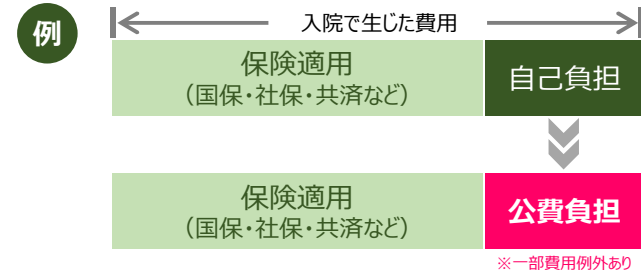


# 入院費用公費負担のごあんない（法第42条・療養費）

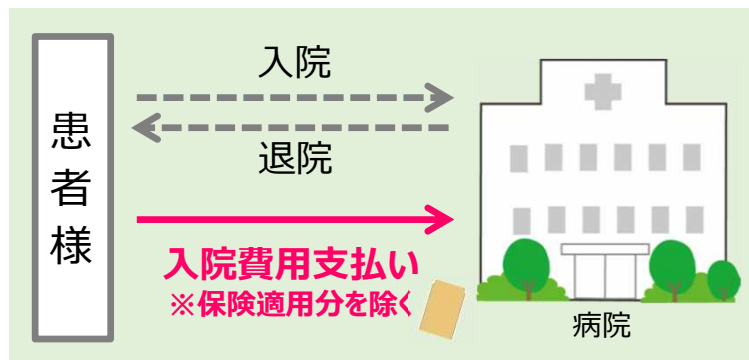
おもて

新型コロナウイルス感染症による入院で生じた費用については、公費で負担しますので、下図の①または②をご選択の上、支給申請のための書類提出をお願いします。

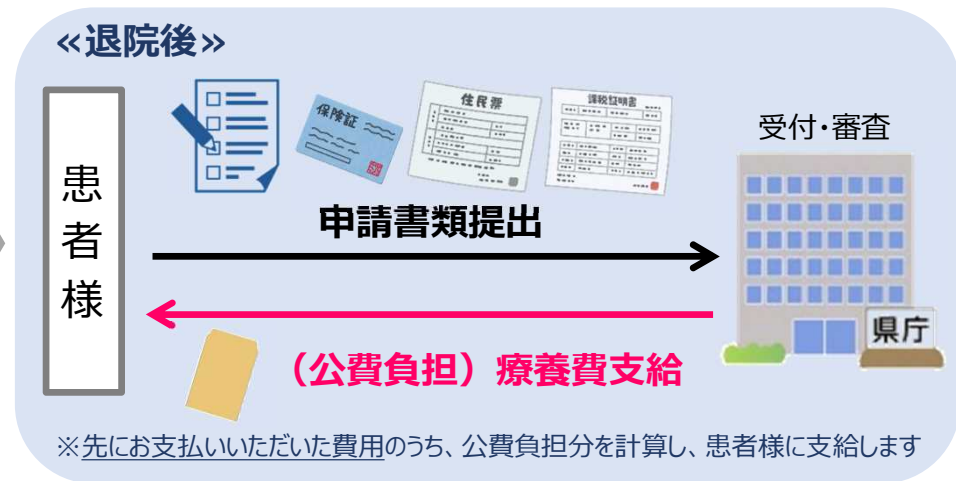
※個室使用料や寝衣、リネン類など一部公費負担の対象外となる費用があります  
※世帯収入によっては、自己負担の発生する場合があります



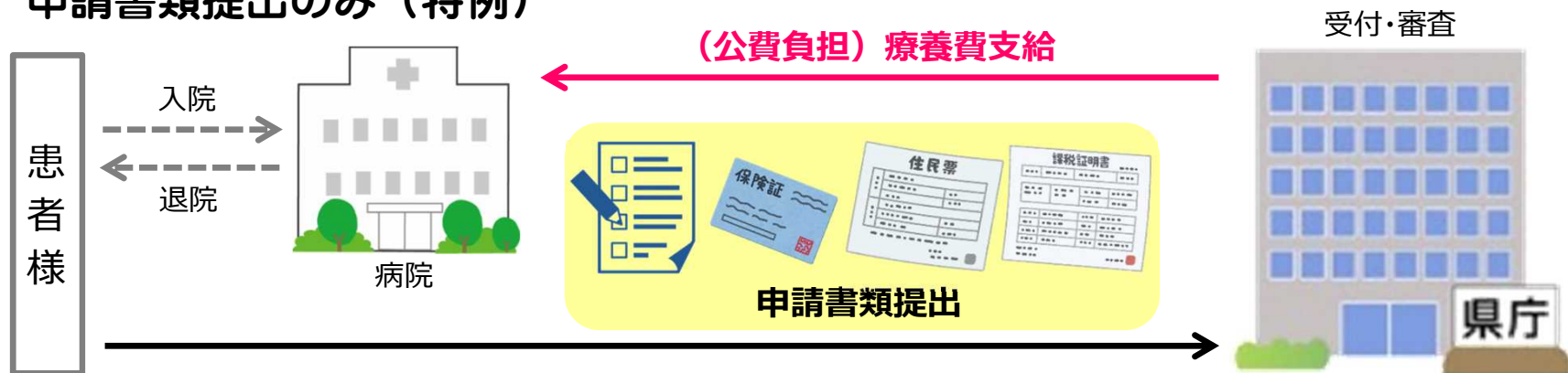
## ① 患者様立替え払いと申請書類提出



保険適用分を除く入院で生じた費用を一旦患者様ご自身でご負担いただき、後の手続きで公費負担分をお返します。



## ② 申請書類提出のみ（特例）



### 申請に必要な書類

感染症患者療養費支給申請書

医療保険証のコピー 1通

※ 国保・社保・共済などの保険証のコピー

《市役所・町村役場で取得》

住民票謄本 1通

※ 家族全員分が記載されているもの

市町村民税課税証明書 各1通

※ 住民票謄本に名前のある方全員分

※ 最新(一番新しい年度)の証明書を取得

- 家族全員の市町村民税の総所得割額が56万4千円を超えるときは、月額2万円を上限に一部自己負担が発生します。
- 住民票と課税証明書は、自己負担額の計算に使用します。
- 書類提出は、郵送または電子申請で承ります。



電子申請

電子申請  
受付QR



### 書類郵送時の提出先 《お問い合わせ》

〒900-8570 那覇市泉崎1-2-2

沖縄県保健医療部地域保健課 (結核感染症班)

TEL 098-866-2014

## 記入例

様式

感染症患者療養費支給申請書

令和 **記入不要** 日

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第42条の規定により入院療養費支給を申請します。

(フリガナ) 申請者の氏名 **沖 縄 太 郎**

申請者の住所 **那覇市泉崎1-2-2 ○○マンション\*\*\*号室**

確実に対応可能な連絡先の記入をお願いします(携帯電話・携帯メールなど)

申請者の電話番号 **090-\*\*\*\*-\*\*\*\***

申請者のメールアドレス **\*\*\*@\*\*\*.ne.jp**

患者との関係(\*1) **保護者**

(フリガナ) 患者の氏名	<b>オキ ナツ シ ロウ 沖 縄 次 郎</b>	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	生年月日	<b>2010年 1月 1日</b>
住 所	<b>那覇市泉崎1-2-2 ○○マンション***号室</b>				
保険者等別	健保(本人・家族) 国保(一般・退職本人・退職家族)				
	生保(保護受給中・保護申請中) その他( )				
医療の確保に関する法律による療養への受給資格(添付書類等)	有・無	年	月	日から	

**記入不要**

**記入不要**

【療養費支給に関する申請者同意欄】

本件入院について、患者の自己負担分を医療機関が代わって都道府県等に請求することで、患者が医療機関の窓口で費用を負担する必要がなくなります。(\*2)

※ ②の特例(立替払いをせずに、書類提出のみで済ませる場合)をご選択の際は、□にチェックをお願いします

受付印

- ・ 那覇市保健所から就業制限や入院勧告を受けた方は、那覇市保健所からお手続きをご案内します。
- ・ 北部病院、中部病院、南部医療センター・こども医療センター、宮古病院、八重山病院、精和病院、琉球大学病院または沖縄病院へ入院された方は、各保健所からお手続きをご案内します。

様式

感染症患者療養費支給申請書					
令和 年 月 日					
感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第 42 条の規定により入院療養費支給を申請します。					
(フリガナ)					
申請者の氏名 _____					
申請者の住所 _____					
確実に対応可能な連絡先の 記入をお願いします（携帯 電話・携帯メールなど）	申請者の電話番号 _____				
	申請者のメールアドレス _____				
	患者との関係 (*1) _____				
(フリガナ) 患者の氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
住 所					
保 険 者 等 の 種 別	健保（本人・家族）		国保（一般・退職本人・退職家族）		
	生保（保護受給中・保護申請中）		その他（ ）		
高齢者の医療の確保に関する法律 による医療への受給資格	有・無		年 月から		
(添付書類等)					
<b>【療養費支給に関する申請者同意欄】</b> <input type="checkbox"/> 本件入院について、患者の自己負担分を医療機関が代わって都道府県等に請求することで、患者が医療機関の窓口で費用を負担する必要がなくなります。 (*2)  <b>※ ②の特例(立替払いをせずに、書類提出のみで済ませる場合)をご選択の際は、□にチェックをお願いします</b>					受 付 印   

(備考)

- \*1 申請者が患者本人である場合（「患者との関係」が本人となる場合）には、「申請者の氏名」、「申請者の住所」の項目は、記載を要しません。
- \*2 入院勧告に基づき入院した期間にかかった医療費は、感染症法では、①医療機関で一旦お支払いいただき、②後日、都道府県等に請求し、同額の支給を受けていただくことになっています。ただし、同意がある場合は、この手続きを省略し、医療機関での支払額（①）と後日受けられる支給額（②）を相殺することができます。ただし、世帯員の市町村民税の総所得割額が 56 万 4 千円を超える方は、月額 2 万円を上限として、一部自己負担があります。