

## 新型コロナウイルス感染症患者等に係るレセプト請求

新型コロナ患者の公費支援について、支払いにあたっての財源確保のため、保険医療機関等からの請求金額等を把握する必要があります。  
つきましては、以下の項目について入力をお願いします。

### 医療機関等・薬局名 \*

公費負担者番号 *	←選択式
選択	▼
請求先の審査支払機関 *	←選択式
選択	▼
請求件数	<input type="text"/>
請求金額 *	<input type="text"/>



←複数の公費負担がある場合  
ここをクリックし  
適宜入力行を追加して下さい

### 令和7年1月診療分の請求時期までに間に合わなかった理由 \*

- 例) インフルエンザ等の感染拡大により、患者対応に追われたため。
- 例) 請求に必要な患者本人確認資料が〇〇の理由により徴収に時間を要したため

公費負担者番号 *	選択	▼
請求先の審査支払機関 *	選択	▼
請求件数	<input type="text"/>	
請求金額 *	<input type="text"/>	



✓ 回答

一時保存

