

静岡県訪問看護ステーション協議会 会長 様

静岡県健康福祉部医療局感染症対策課長

新型コロナウイルスの公費負担に係る医療費の未支払額の調査について（周知依頼）

日頃、本県の感染症対策の推進について、御理解と御協力をいただき厚くお礼申し上げます。

新型コロナウイルスの公費負担に係る医療費の請求について、令和 6 年 12 月 17 日付け医感第 688 号により、令和 7 年 2 月 10 日を請求期日としてお願いしたところですが、支払いに至っていないものについて把握し、今後の方針について検討するため、下記により調査を行います。

つきましては、下記のとおり御対応いただくよう、貴会会員に対する周知をお願いします。

なお、今回の調査で回答のない公費負担医療費については、医療費の支払いが受けられなくなりますので、該当がある場合は必ず回答をするよう周知をお願いします。

記

1 調査対象

以下公費負担医療費のうち、

A 令和 7 年 2 月 10 日までに請求できなかったもの

B 令和 7 年 1 月 10 日までに請求したが、再審査等により支払いに至っていないもの

C 令和 7 年 1 月診療分と併せて令和 7 年 2 月 10 日までに請求したもの

【調査対象公費負担医療費】

| 整理表番号 | 公費負担者番号 | 医療費の種類 |
|-------|------------|-------------------------|
| ① | 28220606 | 宿泊・自宅療養中の医療費（調剤、訪問看護含む） |
| ② | 別紙保健所ごとの番号 | 5 類移行前の入院医療費（R5.5 月分） |
| ③ | 28220705 | 5 類移行後の入院医療費 |
| ④ | 28220804 | 新型コロナウイルス治療薬の薬剤費 |

※公費負担医療費の詳細は、別添 1 『新型コロナウイルス公費負担整理表』を御参照ください。

2 回答期限

令和 7 年 2 月 21 日（金） 17:00 ※該当がない場合は回答不要です。

3 回答方法

別添 2 『調査様式（エクセルファイル）』に該当公費負担医療費を記載の上、ファイル名に医療機関名を記載し、下記アドレスにメール送信してください。

回答先メールアドレス：kansentaisaku@pref.shizuoka.lg.jp

4 その他

- 今回の調査に回答がありました医療機関に対しては、方針が決まりましたら別途連絡します。