

提出期限：令和7年3月4日（火）（期限に間に合わない場合は、下記提出先まで必ずご連絡ください）

医療機関・薬局名	請求先の審査支払機関	請求件数（※）	公費分の金額（※）	2月10日の請求に間に合わなかった理由
記載例	山口県国保連合会	2	32,000	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。
	診療報酬支払基金	1	20,000	同上
	山口県国保連合会			
	診療報酬支払基金			

（※）公費負担者番号28350601（軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養）、28350700（入院診療）、28350809（治療薬）による請求のうち、令和7年2月10日までに審査支払機関に請求できず、今後請求を行う予定のもの（請求期限は令和7年3月31日）。

提出先（メール又はFAXで提出すること）

山口県健康福祉部健康増進課感染症班

電話：083-933-2956

FAX：083-933-2969

メール：kansensyou@pref.yamaguchi.lg.jp

連絡先（下記の項目を記載してください）

医療機関又は薬局名

担当者名

電話番号

メールアドレス
（又はFAX番号）