

新型コロナウイルス感染症関連支援事業に係る事業実績報告書の提出について

令和3年3月24日
(令和3年4月7日一部改)
京都府薬剤師会事務局

次の事業に係る補助金・支援金等を利用された医療機関・薬局においては、4月10日までに実績報告書を提出する必要があります。

- ①医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業補助金
- ②令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業助成金（介護分）
- ③令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金

この度、京都府薬務課から実績報告書の提出について周知依頼がありましたので、下記事項にご留意の上、遅滞なく所管窓口へご報告いただきますようお願いいたします。

【本件の問合せ先】

- ①、②について
京都府慰労金・支援金コールセンター TEL：075-366-4900
午前9時～午後5時（平日のみ）
- ③について
厚生労働省医療提供体制支援補助金コールセンター TEL：0120-336-933
午前9時～午後6時（平日のみ）

記

1 提出物 実績報告書（別添）

※Excel様式は京都府又は厚生労働省HPからダウンロードできます。（以下参照）

- ①医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業補助金の支給について
<http://www.pref.kyoto.jp/iryo/news/corona-shienkin.html>
- ②新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（介護分）（国2次補正）の実施について
<https://www.pref.kyoto.jp/kaigo/news/corona-irokin.html>
- ③「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」について
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_16443.html

2 提出締切 令和3年4月10日（土曜日）消印有効

※交付決定日が令和3年4月10日以降になった場合には、別途、交付決定通知で指定する期限までに提出してください。

3 郵送先

- ①、②について
〒604-8799 中京郵便局留 京都府慰労金・支援金事務センター宛
- ③について
〒119-0397 銀座郵便局留
厚生労働省 新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金担当宛

4 その他備考

- ・精算額が概算払額を下回った場合は、差額を返納していただく必要があります
- ・消費税課税異業者は確定申告後、消費税仕入控除報告が必要です（①、②については府HPで後日お知らせ）
- ・価格が単価30万円以上の機械、器具及びその他の財産がある場合は事務所に取得財産台帳を備え付けることが必要です
- ・①、②について、本補助金の出納に関する帳簿、契約書や領収書等の根拠書類を令和8年3月末まで保管が必要です（実績報告書への添付は不要）
- ・①、②について、府が必要と認める場合には、根拠書類の提出を求めることがあり、根拠書類がない、金額を確認することができない場合は、交付金を返還いただくこととなります

令和 年 月 日

京都府知事 様

(所在地)
(施設名称)
(管理者職名及び氏名)

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業）の事業実績報告書

令和 年 月 日付け 第 号をもって交付決定を受けた標記補助金に係る事業実績について、次の関係書類を添えて報告する。

1 精算額 金 円

2 所要額精算書（参考様式1）

3 事業実績明細書（参考様式2）

貴施設の消費税の申告について、必ずどちらか選択（）してください。

消費税の申告をしている（課税）

消費税の申告をしていない（非課税）

消費税の申告をしている（課税）の貴施設は、計算方法についてどちらか（）選択してください。

簡易課税方式

個別対応方式 又は 一括比例配分方式

参考様式1 所要額精算書

所要額精算書_医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業

報告日		(入力形式) 西暦4桁/月/日 半角、スラッシュ区切り (表示は、元号表示になります)
-----	--	--

施設概要

助産所コードを有さない助産所は「9999999999」を入力してください

医療機関等 コード(10桁)										施設名称	
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	--

管理者職名		管理者氏名	
-------	--	-------	--

連絡先	担当部署	担当者氏名	連絡先電話番号	連絡先メールアドレス
-----	------	-------	---------	------------

所在地	郵便番号	都道府県	市区町村以降
-----	------	------	--------

新型コロナウイルス感染症を疑う患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業との重複について

「新型コロナウイルス感染症を疑う患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業」の支援金の申請をしておらず、申請する予定もない	本事業と左記事業の補助は、重複して受けられませんのでご注意ください。
--	------------------------------------

事業実施実績

【新型コロナウイルス感染症に対応した感染拡大防止対策や診療体制確保等に要した費用】

科目		支出済額 (円)	収入額 (円)
支出	賃金・報酬		
	謝金		
	会議費		
	旅費		
	需用費		
	役務費		
	委託料		
	使用料及び賃借料		
	備品購入費		
	②_支出合計額		
収入	③_上記支出に対する本補助金以外の寄付金・その他の収入		
④_支出合計額-収入額 (円) (②-③)			
⑤_補助金交付決定額 (円) _(1000円未満切捨)			
⑥_補助金交付確定額 (円) (④と⑤のいずれか小さい額) _(1000円未満切捨)			
精算額 (円) (⑤-⑥) _(1000円未満切捨)			

上記、「賃金・報酬」に従前から勤務している者及び通常の医療の提供を行う者に係る人件費は含まれていない

従前から勤務している者及び通常の医療の提供を行う者に係る人件費は、本事業の対象外ですので、ご確認ください。

別記様式4

令和 年 月 日

京都府知事 様

(所在地)
(施設名称)
(管理者職名及び氏名)

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業）の事業実績報告書

令和 年 月 日付け 第 号をもって交付決定を受けた標記補助金に係る事業実績について、次の関係書類を添えて報告する。

- 1 精算額 金 円
- 2 所要額精算書（参考様式1）
- 3 事業実績明細書（参考様式2）

貴施設の消費税の申告について、必ずどちらか選択（）してください。

消費税の申告をしている（課税）

消費税の申告をしていない（非課税）

消費税の申告をしている（課税）の貴施設は、計算方法についてどちらか（）選択してください。

簡易課税方式

個別対応方式 又は 一括比例配分方式

下欄の記載について

※個別対応方式 又は 一括比例配分方式 で計算されている法人（事業所）は、消費税及び地方消費税の申告により当該補助金に係る消費税及び地方消費税にかかる仕入控除税額が確定した場合には、別に定める報告様式により知事への報告が必要となります。
報告様式は、後日HP上に掲載します。

※仕入控除税額の詳細については、HPに掲載しております。「消費税仕入控除に係るQ&A」をご覧ください。

参考様式1 所要額精算書

所要額精算書 医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業

水色のセル全てに入力してください。

報告日	令和2年8月14日										(入力形式) 西暦4桁/月/日 半角、スラッシュ区切り (表示は、元号表示になります)											
施設概要																						
助産所コードを有さない助産所は「9999999999」を入力してください																						
医療機関等コード(10桁)	1	3	3	4	5	6	7	8	9	0	施設名称	医療法人社団〇〇〇 △△△病院										
管理者職名	病院長					管理者氏名	〇〇〇〇															
連絡先	担当部署					担当者氏名					連絡先電話番号					連絡先メールアドレス						
	〇〇部					〇〇〇〇					03-xxxx-xxxx					〇〇〇〇@〇〇.〇〇						
所在地	郵便番号							都道府県					市区町村以降									
	1	2	3	-	4	5	6	7						中央区日本橋〇-〇-〇								
新型コロナウイルス感染症を疑う患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業との重複について																						
「新型コロナウイルス感染症を疑う患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業」の支援金の申請をしておらず、申請する予定もない															該当する場合は、「はい」を選択して下さい。 ※本事業と他事業の補助は、重複して受けられませんので、ご注意ください。							
事業実施実績																						

【施設名称】
標準的なモデルの事業実施計画書（様式2-1）では、医療機関等コードを入力すると、「施設名称」も自動的に表示されるよう設定されておりましたが、本様式では手入力してください。

【都道府県】
医療機関等コードが入力されると自動で表示されますので、所在地と異なる都道府県が表示された場合は、医療機関等コードをご確認下さい。

【市区町村以降】
標準的なモデルの事業実施計画書（様式2-1）では、医療機関等コードを入力すると、「市区町村以降」も自動的に表示されるよう設定されておりましたが、本様式では手入力してください。

【新型コロナウイルス感染症を疑う患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業との重複の有無の確認】
「新型コロナウイルス感染症を疑う患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業」の支援金と重複して、本事業の補助金は受けられません。

【新型コロナウイルス感染症に対応した感染拡大防止対策や診療体制確保等に要した費用】

科目		支出済額（円）	収入額（円）
支出	賃金・報酬	2,000,000	
	謝金	400,000	
	会議費	500,000	
	旅費	135,500	
	需用費	2,000,000	
	役務費	3,000,000	
	委託料	3,000,000	
	使用料及び賃借料	3,000,000	
	備品購入費	4,500,000	
	②_支出合計額	18,535,500	
収入	③_上記支出に対する本補助金以外の寄付金・その他の収入		100
④_支出合計額-収入額（円）（②-③）		18,535,400	
⑤_補助金交付決定額（円） (1000円未満切捨)		17,000,000	
⑥_補助金交付決定額（円）(④と⑤のいずれか小さい額) (1000円未満切捨)		17,000,000	
精算額（円）(⑤-⑥) (1000円未満切捨)		0	

交付決定通知書を確認し、
ご記載下さい。

上記、「賃金・報酬」に従前から勤務している者及び通常の医療の提供を行う者に係る人件費は含まれていない

はい 従前から勤務している者及び通常の医療の提供を行う者に係る人件費は、本事業の対象外ですので、ご確認ください。

参考様式2 事業実績明細書

事業実績明細書 医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業

医療機関等 コード (10桁)	1334567890	施設名称	医療法人社団〇〇〇 △△△病院
--------------------	------------	------	-----------------

【収入】

本補助金以外の寄付金・その他の収入の有無	なし	「あり」か「なし」どちらかを選択してください。
----------------------	----	-------------------------

「あり」を選択された、内容と金額をご記載ください。

内容	金額 (円)	備考	合計額 (円)
			0 ※

※ 所要額精算書の額と異なります。

【支出】

科目	内容	数量	単位	単価 (円)	金額 (円)	納入年月日	支払年月日	備考	科目	支出済額 (円)
賃金・報酬	感染防止対策を実施する者を新規に雇用した際の賃金	6	ヶ月	300,000	1,800,000	R2.10.15	R2.4.15	4/15-10/15まで臨時職員	賃金・報酬	2,000,000
謝金	感染拡大防止の勉強会の講師謝金	2	回	50,000	100,000	R2.7.1	R2.6.1	6/1、7/1に勉強会実施	謝金	400,000
謝金	感染拡大防止の勉強会の講師謝金	3	回	100,000	300,000	R2.9.1	R2.8.1	8/1、8/15、9/1に勉強会実施	会議費	500,000
会議費	勉強会の会場費	1	回	50,000	50,000	R2.6.1	R2.6.10	6/1勉強会分	旅費	135,500
会議費	勉強会の会場費	1	回	60,000	60,000	R2.7.1	R2.7.10	7/1勉強会分	需用費	2,000,000
会議費	勉強会の会場費、WEB会議システム利用費	3	回	130,000	390,000	R2.8.1	R2.9.10	8/1、8/15、9/1勉強会分	役務費	2,500,000 ※
賃金・報酬	感染防止対策を実施する者を新規に雇用した際の賃金	1	ヶ月	200,000	200,000	R2.11.15	R2.10.15	10/15-11/15まで臨時職員	委託料	3,000,000
旅費	感染対策防止のための医師派遣に係る旅費	5	回	27,100	135,500	R2.5.10	R2.5.10	5/1-5/15までに●●に5回派遣	使用料及び賃借料	3,000,000
需用費	マスク購入費	50	箱	2,100	105,000	R2.4.10	R2.4.10		備品購入費	4,500,000
需用費	消毒用アルコール購入費	50	箱	5,500	275,000	R2.6.14	R2.7.10		合計	18,035,500 ※
役務費	院内感染に伴う外来閉鎖時の損害に対する保険料	1	契約	2,500,000	2,500,000	R2.4.10	R2.4.10	受取人は法人	※ 所要額精算書の額と異なります。	
委託料	院内清掃委託	5	回	300,000	1,500,000	R3.2.20	R2.4.20	4月から隔月20日に実施		
需用費	防護服	100	着	5,000	500,000	R2.6.10	R2.6.10			
需用費	フェイスシールド	100	個	2,000	200,000	R2.6.10	R2.6.10			
需用費	マスク購入費	50	箱	1,900	95,000	R2.8.10	R2.8.10			
使用料及び賃借料	通信機器を用いた診療体制整備のための機器賃借料	5	ヶ月	300,000	1,500,000	R3.3.31	R2.10.1	10月から導入		
需用費	消毒用アルコール購入費	50	箱	5,500	275,000	R2.8.10	R2.8.10			
備品購入費	HEPAフィルター付き空気清浄機購入費	3	個	1,000,000	3,000,000	R2.9.3	R2.9.3	待合室用		
委託料	待合室レイアウト変更のための委託費	1	回	1,500,000	1,500,000	R2.9.3	R2.9.3			
需用費	消毒アルコール購入費	100	箱	5,500	550,000	R2.12.10	R2.12.10			
備品購入費	動線確保のためのパーテーション	10	個	150,000	1,500,000	R2.9.3	R2.9.3			
使用料及び賃借料	感染疑い患者用寝具リース料	10	ヶ月	150,000	1,500,000	R3.1.1	R2.4.1	15床分をR2.4.1に納入、10ヶ月分が対象		

令和 年 月 日

京都府知事 西脇隆俊 様

(法人名)
(役職・代表者名)

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業助成金（介護分）実績報告書

標記について、次により助成金及び慰労金を交付を受けた事業について関係書類を添えて報告す

所要額： 千円

(内訳)

- | | |
|--------------------------------|----|
| 1. 介護慰労金事業 | 千円 |
| 2. 感染症対策を徹底した上での介護サービス提供支援事業 | 千円 |
| 3. 在宅サービス事業所による利用者への再開支援への助成事業 | 千円 |
| 4. 在宅サービス事業所における環境整備への助成事業 | 千円 |

(添付書類)

- 事業所・施設別実績額一覧（様式1及び別添）
- 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（介護分）に関する事業実施報告書（事業所単位）（様式2）
- 介護慰労金受給職員表（法人単位）（様式3）

貴法人（事業所）の消費税の申告について、必ずどちらか選択してください。

- 消費税の申告をしている（課税） 消費税の申告をしていない（非課

消費税の申告をしている（課税）の法人（事業所）は、計算方法についてどちらか選択してください。

- 簡易課税方式 個別対応方式 又は 一括比例配分方式

【報告内容に関する連絡先】

法人住所	〒	
部署名		
担当者氏名		
連絡先	電話番号	
	e-mail	

(別添)事業所・施設別実績額一覧(サービス別一覧)

No.	介護保険 事業所番号	事業所・施設名	サービス種別	電話番号	郵便番号	住所	代表となる 事業所・施設名	支払済額(千円)					合計
								介護 慰労金	20万円 対象者の 有無	感染対策 費用助成 事業	個別再開 支援助成 事業	再開環境 整備助成 事業	
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													

(注)行が不足する場合には、「本実績報告書の使い方」に従って、行を追加すること。列の挿入は絶対に行わないこと。

(様式2)

新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業(介護分)事業実施報告書(事業所単位)

施設概要

介護保険事業所番号			事業所名称				
所在地	郵便番号	都道府県名	住所	連絡先	電話番号	担当部署名	
提供サービス			サービス種類コード	定員	人	職員数 (派遣含む)	人
事業区分	<input type="checkbox"/> 介護慰労金事業 → 1を記載		<input type="checkbox"/> 感染対策費用助成事業 → 2を記載				
	<input type="checkbox"/> 個別再開支援助成事業 → 3を記載		<input type="checkbox"/> 再開環境整備助成事業 → 4を記載				

口座情報

国保連合会に登録されている口座情報を本事業の振込に使用することに同意す	<input type="checkbox"/>	本事業は原則、国保連合会のシステムを活用した補助金の交付を予定しています。(債権譲渡がある場合等を除く) 債権譲渡されていない場合は、左欄に○を入れて下さい。 ※債権譲渡されている場合、都道府県に申請して下さい。
国保連合会に登録されている口座は債権譲渡されていない	<input type="checkbox"/>	

支出済額

1. 介護慰労金事業 ※対象職員の氏名等について、様式3を作成すること。				実績額①	千円	
慰労金の区分・人数	20万円対象	人	5万円対象	人	振込手数料	千円(千円未満切り捨て)

2. 感染症対策を徹底した上での介護サービス提供支援事業	補助上限額	実績額	実績額②	千円
	千円		既報告分	千円
			年度合計額	千円

【感染拡大防止対策や介護サービスの提供体制の確保のための経費】

科目	所要額(円)	用途・品目・数量等
賃金・報酬		
謝金		
会議費		
旅費		
需用費		
役務費		
委託料		
使用料及び賃借料		
備品購入費		
合計		

3. 在宅サービス事業所による利用者への再開支援への助成事業				実績額③	千円
利用者1人あたり単価 (居宅介護支援以外共通)	電話による確認	1,500 円	対象利用者数	人	
	訪問による確認	3,000 円	対象利用者数	人	
	居宅介護支援のみ 右欄に記載	電話による確認	1,500 円	対象利用者数	人
		電話による確認(看護師等が協力した場合)	4,500 円	対象利用者数	人
		訪問による確認	3,000 円	対象利用者数	人
		訪問による確認(看護師等が協力した場合)	6,000 円	対象利用者数	人

4. 在宅サービス事業所における環境整備への助成事業				補助上限額	実績額④	千円	
				千円	実績額	既報告分	千円
						年度合計額	千円

【在宅サービス事業所における環境整備のための経費】

科目	所要額(円)	用途・品目・数量等
賃金・報酬		
謝金		
会議費		
旅費		
需用費		
役務費		
委託料		
使用料及び賃借料		
備品購入費		
合計		

(注)2. 及び4. の事業の実績額は、補助上限額と所要額を比較していずれか低い方の額が入力される。

申請日（自動表示）

厚生労働大臣 殿

0

「令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金」
の実績報告書

標記について、次のとおり交付されるよう関係書類を添えて報告する。

- 1 国庫補助精算額 金（申請額 自動表示）円
- 2 実績報告書（別紙）
- 3 添付書類
 - ・ 本事業の交付決定通知（写し）
 - ・ 領収書等の支出が確認できる書類（領収書等貼付用紙）

別紙 黄色セル部分に記載をお願いいたします。※入力するとセルの色が白になります。

実績報告書(別紙)_令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金

提出日		<small>(入力形式) 西暦4桁/月/日 半角、スラッシュ区切り (表示は、元号表示になります)</small>	<令和2年度用>
-----	--	--	----------

I. 基本情報

(1)施設概要

助産所コードを有さない助産所は「9999999999」を入力してください

医療機関等コード(10桁)		施設名称	
代表者職名		代表者氏名	
連絡先	担当部署	担当者氏名	連絡先電話番号
			連絡先メールアドレス
所在地	郵便番号	都道府県	市区町村以降

a.交付決定額(円)		本補助金の交付決定通知に記載された、交付決定額をご記載ください 提出時には、必ず本事業の交付決定通知(写し)を添付してください
------------	--	--

II. 報告内容 **本事業により支出した内容・金額を下記の支出科目ごとに記載して下さい。**

事業開始日	事業終了日	<small>(入力形式) 西暦4桁/月/日 半角、スラッシュ区切り (表示は、元号表示になります) 事業終了日は、支出が完了した日付を記載してください。なお、事業終了日は提出日より前の日付である必要があります。</small>	支出額(円)	収入額(円)
支出	科目	内容 (各科目の内容を30字程度で記入ください。支出のない科目には「なし」と記入してください。)		
	賞金・報酬			
	謝金			
	会議費			
	旅費			
	需用費			
	役員費			
	委託料			
	使用料及び賃借料			
	備品購入費			
	b.合計支出額(総事業費)		0	
収入	e.上記支出に対する本補助金以外の寄付金・その他の収入			
d.合計支出額-収入額(円) (b-c)			0	
補助精算額(円)(a又はdのいずれか少ない額) 【1000円未満切捨】			0	

IV. 確認事項

報告内容に補助の対象にならない経費が含まれている場合や他補助金の報告内容等に関する都道府県への確認について同意されない場合は補助できませんので、ご確認ください。

上記「賞金・報酬」に従前から勤務している者及び通常の医療の提供を行う者に係る人件費は含まれていない	従前から勤務している者及び通常の医療の提供を行う者に係る人件費は、本事業の補助対象外です。
上記「支出額」に、令和2年度二次補正予算の「新型コロナウイルス感染症を疑う患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業」や「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」、「令和2年度インフルエンザ流行期における新型コロナウイルス感染症疑い患者を受け入れる救急・周産期・小児医療機関体制確保事業」等、他の補助金と対象経費が重複するものは含まれていない。	二次補正予算の「新型コロナ疑い患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業」や「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」等、他の補助金と重複する経費は本事業の補助対象外です。
本事業の申請書、実績報告書等の審査・確認過程で、令和2年度二次補正予算の「新型コロナウイルス感染症を疑う患者受入れのための救急・周産期・小児医療体制確保事業」や「医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業」の申請書、実績報告書等の内容を、必要に応じて国から都道府県に確認することがあることに同意する。	必要に応じて、他の補助金と重複する経費がないか等を確認させていただきます。同意いただけない場合は、本事業の補助を受けることはできません。なお、入手した情報は本事業の審査・確認以外の目的で使用することはございません。

領収書等貼付用紙_令和2年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止・医療提供体制確保支援補助金

医療機関等 コード(10桁)										施設名称
補助精算額 (交付申請書(別紙)からの転記)		0		領収書等の合計額						

実績報告書(別紙)のII.報告内容に記載した支出額について、領収書(写し)等の証拠書類を添付してください。
 領収書等の合計額を入力した後に、本用紙を印刷していただき、対象期間(令和2年12月15日から令和3年3月31日)に、支出した額がわかる書類(領収書等)の写しを貼付して下さい。
 領収書等(写し)を本用紙1枚に貼付しきれない場合は、本用紙を複数枚印刷して、領収書(写し)を貼付してください。
 A4サイズ以上の領収書等について、本用紙に貼付するのではなく、クリップなどでまとめて添付してください。

(領収書(写し)は、こちらの線より下に貼付してください。 ※記載されている貼付例や注意事項と重ねて貼付しても差し支えありません。)

貼付例

・領収書の一部が補助対象の場合

領収書

A病院様

金額 ¥〇〇〇,〇〇〇 (税込)

株式会社××××

内訳

領収書の内、一部のみが対象の場合は、該当箇所が判るように印をつけるなどしてください

・一部補助対象期間以外の費用も含んでいる場合

補助対象期間以外も含んでいる場合は、按分するなどして申請(もしくは実績報告)を行う対象期間と申請額を追記してください。
 ※領収書(写し)に追記できない場合は、本用紙(貼付した領収書(写し)の近く)に直接追記してください。

領収書

A病院様

金額 ¥--,--- (税込)

株式会社▶▶▶

〇〇リース代

2021年1月~2021年12月分

月数で按分し、2021年1月から2021年3月分の費用 ¥××××を交付申請する

・領収書が発行されない場合

領収書が発行されない場合は、請求書(写し)と納品書(写し)を合わせて貼付いただいたり、納品書(写し)と合わせて、当該費用に関する部分の通帳の写しを添付する等、納品と支払が確認できる書類を添付してください。

納品書

A病院様

金額 ¥〇〇,〇〇〇 (税込)

株式会社××××

内訳

請求書

A病院様

金額 ¥〇〇,〇〇〇 (税込)

株式会社××××

(参考) 医療機関等コードにおける都道府県番号一覧及び点数表番号一覧

都道府県番号一覧

都道府県	コード	都道府県	コード	都道府県	コード
北海道	1	石川県	17	岡山県	33
青森県	2	福井県	18	広島県	34
岩手県	3	山梨県	19	山口県	35
宮城県	4	長野県	20	徳島県	36
秋田県	5	岐阜県	21	香川県	37
山形県	6	静岡県	22	愛媛県	38
福島県	7	愛知県	23	高知県	39
茨城県	8	三重県	24	福岡県	40
栃木県	9	滋賀県	25	佐賀県	41
群馬県	10	京都府	26	長崎県	42
埼玉県	11	大阪府	27	熊本県	43
千葉県	12	兵庫県	28	大分県	44
東京都	13	奈良県	29	宮崎県	45
神奈川県	14	和歌山県	30	鹿児島県	46
新潟県	15	鳥取県	31	沖縄県	47
富山県	16	島根県	32		

点数表番号一覧

点数表	コード
助産所	0
医科	1
歯科	3
調剤	4
訪問看護	6

「東京都」・「医科」の医療期間の場合、
通常使用される7桁の医療機関コードに、
「13（東京都）」・「1（医科）」を加えて

「131○○○○○○○」

となります。