様式14　（**太枠内のみ記入してください**）

# 請　　求　　書

令和　　年　　月　　日

（あて先）秋田県知事

債権者の住所

（フリガナ）
氏　　名　　㊞

（受給者との続柄　　）

（電　話　番　号　　）

＜高額療養費申請手続き状況（該当する番号を〇で囲んでください）＞

1　高額療養費の対象外　　2　高額療養費の決定通知の写し添付

請求金額　　￥

| 区　　分 | 入　　院 | 通　　院 |
|---|---|---|
| 件　　数 | 件 | 件 |
| 診　療　実　日　数 | 日 | 日 |
| 総　　医　　療　　費 | 円 | 円 |
| 医 療 保 険 等 負 担 額 | 円 | 円 |
| 差 引 窓 口 支 払 額 | 円 | 円 |
| △ 自 己 負 担 限 度 額 | 円 | 円 |
| 請求額合計（入院＋通院） | 円 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 振込先 | 金融機関名 | | | |
| | 支　店　名 | | | |
| | （フリガナ）<br>口座名義人 | | 口座種別 | 普通・当座 |
| | 口　座　番　号 | | | |

**事業費の内訳（該当する疾患を〇で囲んでください）**

（1）ベーチェット病　（2）多発性硬化症　（3）重症筋無力症　（4）全身性エリテマトーデス　（5）スモン　（6）再生不良性貧血　（7）サルコイドーシス（8）筋萎縮性側索硬化症　（9）強皮症、皮膚筋炎及び多発性筋炎（10)特発性血小板減少紫斑病（11）結節性動脈周囲炎　（12）潰瘍性大腸炎　（13）大動脈炎症候群　（14）ビュルガー病（15）天疱瘡　（16）脊髄小脳変性症　（17）クローン病　（18）難治性の肝炎のうち劇症肝炎　（19）悪性関節リウマチ　（20）パーキンソン病関連疾患　（21）アミロイドーシス（22）後縦靱帯骨化症　（23）ハンチントン病　（24）モヤモヤ病(ウィリス動脈輪閉塞症)（25）ウェゲナー肉芽腫症　（26）特発性拡張型（うっ血型）心筋症　（27）他系統萎縮症（28）表皮水疱症（接合部型及び栄養障害型）（29）膿疱性乾癬　（30）広範脊柱管狭窄症（31）原発性胆汁性肝硬変　（32）重症急性膵炎　（33）特発性大腿骨頭壊死症　（34）混合性結合組織病　（35）原発性免疫不全症候群　（36）特発性間質性肺炎　（37）網膜色素変性症　（38）プリオン病　（39）肺動脈性肺高血圧症　（40）神経線維腫症　（41）亜急性硬化性全脳炎　（42）バット・キアリ（Budd-Chiari）症候群　（43）慢性血栓塞栓性肺高血圧症　（44）ライソゾーム病　（45）副腎白質ジストロフィー　（46）家族性高コレステロール血症（ホモ接合体）　（47）脊髄性筋萎縮症　（48）球脊髄性筋萎縮症　（49）慢性炎症性脱髄性多発神経炎　（50）肥大型心筋症　（51）拘束型心筋症　（52）ミトコンドリア病　（53）リンパ脈管筋腫症（ＬＡＭ）　（54）重症多形滲出性紅斑（急性期）（55）黄色靱帯骨化症　（56）間脳下垂体機能障害