別記様式第9号　（**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） 口座名義人		口座種別	普通・当座
	口　座　番　号			

事業費の内訳（該当する疾患群を〇で囲んでください）

（1）神経・筋疾患
（2）代謝系疾患
（3）皮膚・結合組織疾患
（4）免疫系疾患
（5）循環器系疾患
（6）血液系疾患
（7）腎・泌尿器系疾患
（8）骨・関節系疾患
（9）内分泌系疾患
（10）呼吸器系疾患
（11）視覚系疾患
（12）聴覚・平衡機能系疾患
（13）消化器系疾患
（14）染色体または遺伝子に変化を伴う症候群
（15）耳鼻科系疾患