

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○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○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