

(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
(保護者)

(フリガナ)
債権者氏名
(保護者)

(受診者名及び続柄)

(電 話 番 号)

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					

<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 上 限 額		円
請求額合計 (入院+通院)		円

事業費の内訳 (該当する疾患群を○で囲んでください)

- (1) 悪性新生物
- (2) 慢性腎疾患
- (3) 慢性呼吸器疾患
- (4) 慢性心疾患
- (5) 内分泌疾患
- (6) 膠原病
- (7) 糖尿病
- (8) 先天性代謝異常
- (9) 血液疾患
- (10) 免疫疾患
- (11) 神経・筋疾患
- (12) 慢性消化器疾患
- (13) 染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群
- (14) 皮膚疾患
- (15) 骨系統疾患
- (16) 脈管系疾患