

(太枠内のみ記入してください)

請 求 書

<p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p>(あて先) 秋田県知事</p> <p>債権者の住所 (保護者)</p> <p>(フリガナ) 債権者氏名 (保護者)</p> <p style="text-align: right;">(受診者名及び続柄))</p> <p style="text-align: right;">(電 話 番 号))</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">振 込 先</td> <td style="text-align: center;">金 融 機 関 名</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">支 店 名</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(フ リ ガ ナ) 口 座 名 義 人</td> <td></td> <td style="text-align: center;">口座種別</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">普通・当座</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">口 座 番 号</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	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							
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																								
<p><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)></p> <p>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</p>																									
<p>請求金額 ¥</p>																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">区 分</td> <td style="text-align: center;">入 院</td> <td style="text-align: center;">通 院</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">件 数</td> <td style="text-align: center;">件</td> <td style="text-align: center;">件</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">診 療 実 日 数</td> <td style="text-align: center;">日</td> <td style="text-align: center;">日</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">総 医 療 費</td> <td style="text-align: center;">円</td> <td style="text-align: center;">円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">医 療 保 険 等 負 担 額</td> <td style="text-align: center;">円</td> <td style="text-align: center;">円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">差 引 窓 口 支 払 額</td> <td style="text-align: center;">円</td> <td style="text-align: center;">円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">△ 自 己 負 担 上 限 額</td> <td></td> <td style="text-align: center;">円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">請求額合計 (入院+通院)</td> <td></td> <td style="text-align: center;">円</td> </tr> </table>	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	<p>事業費の内訳 (該当する疾患群を○で囲んでください)</p> <ul style="list-style-type: none"> (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
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																							