

(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)		
<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	

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) 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