別紙様式第三（第十三条関係）

療　養　費　請　求　書

自　衛　官 診　療　証 記　号　番　号		所属・階級 氏　　名 （生年月日）	（　年　月　日生）
医療機関名 又は薬局名 及びその住所			保険医療機関等 そ　の　他
傷　病　名			
初診年月日	年　月　日		
療養期間	年　月　日から　年　月　日まで		
自衛官診療証を使用しなかった理由			
療養に要した費用	円		
請　求　額	円		

上記のとおり必要書類を添付の上申請します。

（実施機関の長）殿

年　月　日

請求者　住所

氏名

用紙寸法　日本産業規格Ａ列４番