別紙様式第二（第十一条関係）

入院時食事療養費差額申請書

自衛官 診療証 記号番号		所属・階級 氏名 （生年月日）	 （　年　月　日生）
支払った標準負担額の合計額	円		
傷病名			
傷病の原因			
入院した医療機関名及びその住所			
入院期間	年　月　日から　年　月　日まで		
標準負担額減額認定証を提出できなかった理由			

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

申請者　住所

氏名

用紙寸法　日本産業規格Ａ列４番