別紙様式第五（第十六条関係）

月間の高額療養費請求書（　　年　　月分）

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			
傷病名			
初診年月日	年　月　日		年　月　日
療養期間	年　月　日から 年　月　日まで		年　月　日から 年　月　日まで
本人に係る負担額	円		
被扶養者に係る負担額	円		
今回の療養を受けた月以前１２月間に受けた療養（被扶養者の受けたものを含む。）について高額療養費の支給を既に３回以上受けているときは、その年月及び金額			
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

振込先口座（職員名義の国内口座を記入）公金受取口座希望（　する　／　しない　）

（公金受取口座への振込を希望する場合は、公金受取口座の「する」を選択し、振込先は記入不要です。）

銀行　　支店　普通・当座　口座番号　　名義人（フリガナ）