

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			
<p>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</p>			

用紙寸法 日本産業規格A列4番