

別紙様式第五（第十六条関係）

高額療養費請求書（ 年 月分）

|   |                      |                               |             |
|---|----------------------|-------------------------------|-------------|
| 自 衛 官<br>診 療 証<br>記 号 番 号   |                      | 所 属・階 級<br>氏 名<br>( 生 年 月 日 ) | ( 年 月 日 生 ) |
| 医 療 機 関 名<br>又 は 薬 局 名<br>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<br>年 月 日 まで | 年 月 日 から<br>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1<br>2月間に受けた療養（被扶養<br>者の受けたものを含む。）に<br>ついて高額療養費の支給を既<br>に3回以上受けているとき<br>は、その年月及び金額  |                      |                               |             |
| 請 求 根 拠   |                      |                               |             |
| 算 式   |                      |                               |             |
| 請 求 額   |                      |                               | 円           |
| 上記のとおり必要書類を添付の上申請します。<br>（実施機関の長）殿<br>年 月 日<br><div style="text-align: right;">                     住 所<br/>                     請求者 氏 名                 </div> |                      |                               |             |

用紙寸法 日本産業規格A列4番