

別紙様式第十（第十八条関係）

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

|   |                       |                       |                  |
|---|-----------------------|-----------------------|------------------|
| 自衛官<br>診療証<br>記号番号  |                       | 所属・階級<br>氏名<br>(生年月日) | 男・女<br>( 年 月 日生) |
| 長期入院  | 該 当 ・ 非 該 当           |                       |                  |
| 入院期間  | 年 月 日から 年 月 日まで       |                       |                  |
| ①   | 申請日の前1年間の入院期間<br>(日数) | 年 月 日から<br>年 月 日まで    | 日間               |
|   | 入院した保険医療機関等           | 名 称<br>所在地            |                  |
| ②   | 申請日の前1年間の入院期間<br>(日数) | 年 月 日から<br>年 月 日まで    | 日間               |
|   | 入院した保険医療機関等           | 名 称<br>所在地            |                  |
| ③   | 申請日の前1年間の入院期間<br>(日数) | 年 月 日から<br>年 月 日まで    | 日間               |
|   | 入院した保険医療機関等           | 名 称<br>所在地            |                  |
| 防衛省の職員の給与等に関する法律施行令第17条の6の3第1項第5号   |                       | 該 当 ・ 非 該 当           |                  |
| 上記のとおり申請します。<br>(実施機関の長) 殿<br>年 月 日<br><div style="text-align: right;">                     申請者 住所<br/>                     氏名                 </div> |                       |                       |                  |

用紙寸法 日本産業規格A列4番