

別紙様式第十二（第十九条関係）

一部負担金等払戻金請求書（ 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 )
氏名(続柄)	本 人		
医 療 機 関 名 又 は 薬 局 名 及 び そ の 住 所			
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	
算 式	氏 名 (続 柄)	本 人	
	(1)一部負担金等の額又は被 扶養者の負担金の額（公 費負担の額を含む。）	円	円
	(2)公費負担の額		
	(3)徴収された費用の額		
	(4)高額療養費の額		
	(5)差引額 (1) - ((2)-(3)) - (4)		
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			

用紙寸法 日本産業規格A列4番