

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 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1 2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 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。 （実施機関の長）殿 年 月 日 住 所 請求者 氏 名			

用紙寸法 日本産業規格A列4番