

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 診療証 記号番号		所属・階級 氏名 (生年月日)	男・女 (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 (日数)	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	入院した保険医療機関等	名 称 所在地	
②	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	入院した保険医療機関等	名 称 所在地	
③	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	入院した保険医療機関等	名 称 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。 (実施機関の長) 殿 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 申請者 住所 氏名 </div>			

用紙寸法 日本産業規格A列4番