

別紙様式第五（第十六条関係）

月間の高額療養費請求書（     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 | 年    月    日から         |                    |
|                                                                                                | 年    月    日まで | 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><br>請求者                      住 所<br>氏 名  |               |                       |                    |

振込先口座（職員名義の国内口座を記入） 公金受取口座希望（    する    /    しない    ）

（公金受取口座への振込を希望する場合は、公金受取口座の「する」を選択し、振込先は記入不要です。）

|    |    |          |      |             |
|----|----|----------|------|-------------|
| 銀行 | 支店 | 普通<br>当座 | 口座番号 | フリガナ<br>名義人 |
|----|----|----------|------|-------------|