

別紙様式第二（第十一条関係）

入院時食事療養費差額申請書

自 衛 官 診 療 証 記 号 番 号		所 属・階 級 氏 名 (生 年 月 日)	(年 月 日生)
支 払 っ た 標 準 負 担 額 の 合 計 額	円		
傷 病 名			
傷 病 の 原 因			
入 院 し た 医 療 機 関 名 及 び そ の 住 所			
入 院 期 間	年 月 日から 年 月 日まで		
標 準 負 担 額 減 額 認 定 証 を 提 出 で き な か っ た 理 由			
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 申請者 住所 氏名			

用紙寸法 日本産業規格A列4番