

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 申請者 住所 氏名			

用紙寸法 日本産業規格A列4番