

別紙様式第三（第十三条関係）

療 養 費 請 求 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)
医 療 機 関 名 又 は 薬 局 名 及 び そ の 住 所			保 険 医 療 機 関 等 そ の 他
傷 病 名			
初 診 年 月 日	年 月 日		
療 養 期 間	年 月 日から 年 月 日まで		
請求の理由			
療養に要した費用	円		
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 請求者 住 所 氏 名			

用紙寸法 日本産業規格A列4番