

一部負担金払戻金請求書

防衛省共済組合 市ヶ谷センター所属所長 殿

下記のとおり請求します。

年 月

所属部局課 (部隊等名) 連絡先 電話番号	組合員等 記号番号	組合員氏名	受診者	続柄	診療区分	医療機関名称	診療年月	診療費総額 (円)	自己負担額 (円)	種別	附加金 (円)	各人計 (円)	請求 確認欄
〇〇課 XXX-XXXX-XXX 内線番号 XXXXX	401 - XXXXXXX	防衛 太郎	防衛 太郎	本人	入院	〇〇病院	〇年〇月	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇,〇〇〇円	一部	〇〇,〇〇〇円	〇〇,〇〇〇円	防衛
<span style="border: 1px solid orange; padding: 2px;">日中連絡のつく電話番号や 内線番号等を記入</span> <span style="border: 1px solid orange; padding: 2px;">療養を受けた医 療機関名を記入</span> <span style="border: 1px solid orange; padding: 2px;">療養に要した費用 のうち自己負担し た分の額を記入</span> <span style="border: 1px solid orange; padding: 2px;">組合員の署名 (認印可)</span>													

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・当座 口座番号 \_\_\_\_\_ ブリガナ  
名義人 \_\_\_\_\_