

記入例

入院時食事療養費等差額申請書

入院時生活療養費等差額申請書

決定額	※記入不要
	円

食事療養又は生活療養を受けた組合員若しくは被扶養者名を記入

合 員 等 号 番 号	401-XXXXXX	組合員氏名 生年月日	防衛 太郎 ○○○○年○月○日	所 属 部 局 課 (部隊名) 連絡先電話番号	○○課 XXX-XXXX-XXXX (内線 XXXXX)
食事療養又は生活療養を受けた者の氏名及び生年月日		防衛 花子 ○○○○年○月○日		支払った標準負担額の合計額	○○,○○○ 円
傷 病 名	○○○○○	傷 病 の 原 因	(※出来るだけ詳細に記入する)		
入院した医療機関名	○○病院	所 在 地	東京都○○区○○○○		
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つた理由		(※出来るだけ詳細に記入する)			
<p>上記のとおり申請します。 防衛省共済組合 市ヶ谷センター所属所長 殿</p> <p>記入不要 月 日</p> <p>住 所 〒XXX-XXXX 東京都○○区○○○○</p> <p>申請者 氏 名 防衛 太郎</p>					

日中連絡のつく電話番号、内線番号等を記入

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 _____ フリガナ
名義人 _____

振込先を選択する。公金受取口座ではなく
指定の口座で受取を希望する場合は、下部
に振込先を記入して振込先の分かるもの
(通帳のコピー等)を添付する。