

## 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

組合員等 番号	401-XXXXXX	組合員氏名 生年月日	防衛 太郎 〇〇〇〇年〇月〇日	所属部局課 (部隊名) 連絡先電話番号	〇〇課 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 〇〇〇〇年〇月〇日		支払った標準負担額の合計額	
傷病名	〇〇〇〇〇	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	〇〇病院	所在地	東京都〇〇区〇〇〇〇		
入院期間	〇〇〇〇 年 〇 月 〇 日から 〇〇〇〇 年 〇 月 〇 日まで				
標準負担額減額認定証を提出できなかった理由	(※出来るだけ詳細に記入する)				
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			住所 〒XXX-XXXX 東京都〇〇区〇〇〇〇 申請者氏名 防衛 太郎		

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。