

記入例

該当事項を○で囲む					
療養費				決 定 額	
家族療養費 請求書 高額療養費				療養費 家族療養費 高額療養費	
組合員氏名	防衛 太郎	組合員番号	401-XXXXXXX	所属部局課 (部隊名)	○○課 XXX-XXXX-XXXX (内線 XXXXX)
療養者氏名	防衛 花子	生年月日 性別、続柄	明 太 昭 平 令	○年 ○月 ○日	性別 男 女 続柄 本人
傷病名	〇〇〇〇〇	傷病の原因	出来るだけ詳細に記入してください		
初診年月日	〇〇〇〇年〇月〇日		〇〇医院 東京都〇〇区〇〇	保険医療機関 保険薬局、その他	
療養期間	〇〇〇〇年〇月〇日から 〇〇〇〇年〇月〇日まで	療養に要した費用 用	〇〇〇,〇〇〇円	請求額	療養費 記入不要
マイナ保険証又は資格確認書を使用しなかった理由	例: 記入不要				
過去の高額療養費の支給状況等	(状況に応じて記入)				
上記のとおり請求します。 防衛省共済組合 市ヶ谷センター所属所長 殿 記入不要 日					
請求者 住 所 〒XXX-XXXX 東京都〇〇区〇〇 氏 名 防衛 太郎					

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。