

記入例

該当事項を○で囲む

療養費

家族療養費 請求書
高額療養費

決定額
療養費
家族療養費
高額療養費
※記入不要
日中連絡のつく電話番号、内線番号等を記入

組合員氏名	防衛 太郎	組合員番号	401-XXXXXXX	所属部局課 (部隊名) 連絡先電話番号	〇〇課 XXX-XXXX-XXXX (内線 XXXXX)
療養者氏名	防衛 花子	生年月日 性別、続柄	明大昭平令 〇年 〇月 〇日		性別 男 女 続柄 本人
傷病名	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	〇〇〇,〇〇〇円	請求額	療養費 家族療養費 高額療養費 〇〇,〇〇〇円
マイナ保険証又は資格確認書を使用しなかった理由	例：証未携帯のため／治療用器具作成のため／弱視用治療用眼鏡作成のため				
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 〇年 〇月 〇日 請求者 住所 〒XXX-XXXX 東京都〇〇区〇〇 氏名 防衛 太郎					

療養に要した費用の全額（本人が負担した額）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 フリガタ名義人

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。