

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	401-XXXXXXX	組合員番号	防衛 太郎	所属部局課 (部隊名) 連絡先電話番号	〇〇〇〇 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 続柄	男(女) 妻
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	医療機関又は 薬局名及び その住所	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	(記入不要)				
過去の高額療養費の支給状況等	(記入不要)				
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。

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

《注意事項》

- 高額療養費については、組合員又はその被扶養者が同一の月にそれぞれ一の病院、診療所、薬局その他の療養機関から受けた療養（入院時に係る食事療養又は生活療養を除く。）又は指定訪問看護事業者から受けた指定訪問看護（70歳に達する日の属する月以前の療養に係る自己負担額については、2万1千円以上のものに限る。）についてそれぞれ請求書を作成（「請求額」欄は記載不要）し、さらにそれらを合算した請求書と共に提出すること。
- 高額療養費については、施令第11条の3の4第1項から第5項までの規定により支給される高額療養費の額の算定の基礎となる「なお負担すべき額」があった場合は、その額を「療養に要した費用」欄に別書し、その「なお負担すべき額」に関する証拠書類を添付すること。
- 高額療養費の支給を受ける者が、施令第11条の3の5第1項第3号又は第3項第3号若しくは第4号に掲げる者のいずれかに該当するときは、その該当することを証明する書類を添付すること。