［表面　略］

別紙様式第九（裏面）

注　意　事　項

1　この証は各面をよく読んで大切に持っていてください。
2　この証によって療養を受ける際に支払う一部負担金の額は、保険医療機関等ごとに１か月につき、別に定められた額を限度とします。
3　医療機関若しくは薬局又は指定訪問看護事業者について療養を受けるときには、その窓口で電子資格確認を受けるか、必ずこの証を資格確認書に添えてその窓口で渡してください。入院療養を受ける場合には、退院するまで、この証は保管されて、退院の際に返付されます。
4　自衛官等としての身分を失ったとき、認定の条件に該当しなくなったとき、有効期限に達したとき又は高齢者医療を受けることができるようになったときは、５日以内にこの証を発行者に返納してください。
5　不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。
6　表面の記載事項に変更があったときは、遅滞なく発行者に差し出して訂正を受けてください。

備考１　用紙の大きさは、縦127ミリメートル横91ミリメートルとする。
２　「男女」欄は、該当しない文字を消すこと。
３　「有効期限」欄には、この証が無効となる日の前日までを記載すること。
４　適用区分欄には、適用対象者が防衛省の職員の給与等に関する法律施行令第１７条の６の２の２第１項第２号に掲げる者である場合は「ア」と、同項第３号に掲げる者である場合は「イ」と、同項第１号に掲げる者である場合は「ウ」と、同項第４号に掲げる者である場合は「エ」と記載すること。

別紙様式第七の二（第十六の二条関係）

年間の高額療養費請求書

自衛官診療証記号番号		所属・階級 氏名 （生年月日）	（　年　月　日生）
自衛官被扶養者 氏名 （生年月日）	（　年　月　日生）		（　年　月　日生）
計算期間 （始期及び終期）	年　月　日から 年　月　日まで		
基準日自衛官等が計算期間における自衛官等であった間に、高額療養費に係る療養を受けた者の氏名及びその年月			
請求額	円		

上記のとおり必要書類を添付の上申請します。
（実施機関の長）殿
年　月　日
請求者　住所
氏名

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。）

普通
＿＿＿銀行＿＿＿支店　当座　口座番号＿＿＿　名義人（ふりがな）＿＿＿

［同上］

別紙様式第九（裏面）

注　意　事　項

1　この証は各面をよく読んで大切に持っていてください。
2　この証によって療養を受ける際に支払う一部負担金の額は、保険医療機関等ごとに１か月につき、別に定められた額を限度とします。
3　医療機関若しくは薬局又は指定訪問看護事業者について療養を受けるときには、その窓口で電子資格確認を受けるか、必ずこの証を資格確認書に添えてその窓口で渡してください。入院療養を受ける場合には、退院するまで、この証は保管されて、退院の際に返付されます。
4　自衛官等としての身分を失ったとき、認定の条件に該当しなくなったとき、有効期限に達したとき又は高齢者医療を受けることができるようになったときは、５日以内にこの証を発行者に返納してください。
5　不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。
6　表面の記載事項に変更があったときは、遅滞なく発行者に差し出して訂正を受けてください。

備考１　用紙の大きさは、縦127ミリメートル横91ミリメートルとする。
２　「男女」欄は、該当しない文字を消すこと。
３　「有効期限」欄には、この証が無効となる日の前日までを記載すること。
４　適用区分欄には、適用対象者が防衛省の職員の給与等に関する法律施行令第１７条の６の２第１項第２号に掲げる者である場合は「ア」と、同項第３号に掲げる者である場合は「イ」と、同項第１号に掲げる者である場合は「ウ」と、同項第４号に掲げる者である場合は「エ」と記載すること。

［様式を加える。］