別紙様式第四（第十五条関係）

移　送　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）	
移送の方法及び経路			移送に要した費用		円
移送に関して付添いがあった場合	付添人の氏名及びその住所		付添人に係る移送の費用		円
医師の証明	移送を必要とする理由				
	傷病名		傷病の原因		
	発病又は負傷の年月日	年　月　日			
	入院した場合の入院期間	年　月　日から　年　月　日まで			
	年　月　日 住所 医師 氏名				
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					

１　「医師の証明」欄は、医師に記入してもらってください。

２　付添いが必要であった場合は、「移送を必要とする理由」欄に付添いが必要であった理由を医師に記入してもらってください。

３　用紙寸法　日本産業規格Ａ列４番

別紙様式第五（第十六条関係）

高額療養費請求書（　年　月分）

自衛官 診療証 記号番号		所属・階級 氏名 （生年月日）	（　年　月　日生）
医療機関名又は薬局名及びその住所			
傷病名			
初診年月日	年　月　日	年　月　日	
療養期間	年　月　日から 年　月　日まで	年　月　日から 年　月　日まで	
本人に係る負担額	円		
被扶養者に係る負担額	円		
今回の療養を受けた月以前１２月間に受けた療養（被扶養者の受けたものを含む。）について高額療養費の支給を既に３回以上受けているときは、その年月及び金額			
請求根拠			
算式			
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			

用紙寸法　日本産業規格Ａ列４番