

(短第1号の2)

課長	課長補佐	担当	総合確認	基幹入力	入力照合

入院時食事療養費請求書
(標準負担差額)

* 決定額	入院時食事療養費 (標準負担差額)	円
----------	----------------------	---

組合員証 記号 〇〇〇 番号 〇〇〇〇	組合員 氏名 共済 太郎	所属 機 関 名 □ □ □
		性 別 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 男 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 女
食事療養を受けた (減額対象者)氏名 共済 花子	生 年 月 日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
傷 病 名 〇〇〇〇	傷 病 の 原 因	〇〇〇〇〇〇〇〇〇
入 院 期 間 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日) 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	食事療養を受けた医療 機関の名称及び所在地	〇〇病院 〇〇市〇〇4-5-6
減額認定証を提出 しなかった理由 不携帯のため	入院期間に受けた食 事療養に対し支払った 標 準 負 担 額	〇〇,〇〇〇 円
	入院時食事療養費の 差 額 の 請 求 金 額	〇,〇〇〇 円
上記のとおり請求します。 奈良県市町村職員共済組合理事長 殿 平成 〇〇 年 4 月 1 日 請求者 住所 〇〇市〇〇1-2-3 氏名 共済 太郎 		
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 〇〇 年 4 月 1 日 所属所長 職名 □ □ □ 長  氏名 △ △ △ △		

- (注) 1. 減額認定証を提出しなかった理由は、具体的に詳しく書いてください。
2. この請求書を提出するときは、支払った標準負担額及び標準負担額の減額の認定に関する事実を証明する書類を添えてください。
3. *欄は記入しないでください。