

課長	課長補佐	主幹・係長	係	関係職員

入院時食事療養費 ・ 家族入院時食事療養費  
 入院時生活療養費 ・ 家族入院時生活療養費

請求書

組合員証記号番号				組合員氏名				生年月日				所属所名			
〇	〇	〇		共済 太郎				昭和	年	月	日	〇〇市			
				氏名				生年月日				続柄			
療養を受けた者 (減額対象者)				共済 太郎				昭和	年	月	日	本人			
				標準負担額減額認定証の 交付を受けている場合				発行年月日				令和 年 月 日			
								長期入院該当年月日				令和 年 月 日			
傷病名				傷病の				原因							
椎間板ヘルニア				持病の悪化								<input type="checkbox"/> 第三者加害行為 <input checked="" type="checkbox"/> 有			
入院期間				医療機関名及びその住所											
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 から												〇〇病院 〇〇市〇〇町2-2			
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 まで															
入院期間中に支払った標準負担額				請求金額				決定金額							
〇	〇	〇	円	〇	〇	〇	円								
標準負担額減額認定証を医療機関へ提出できなかった理由															
標準負担額減額認定証の申請手続き中で手元になかったため															
上記のとおり請求します。															
静岡県市町村職員共済組合理事長 様															
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日															
住所 〇〇市〇〇町1-2-3															
請求者 氏名 共済 太郎															
上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。															
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日															
職名 〇〇市長															
所属所長 氏名 〇〇 〇〇															

- 標準負担額減額認定証を医療機関へ提出できなかった理由は、具体的に詳しく記入してください。
- 欄は、記入しないでください。
- 入院期間に係る標準負担額の領収書及び標準負担額減額認定証の写し(ただし、交付を受けていないときは認定申請書)を添付してください。