

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				
								昭和 平成 令和								
療養を受けた者 (減額対象者)				氏名				生年月日				続柄				
								昭和 平成 令和								
				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												
				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 第三者加害行為  有・無 </div>												
入院期間				医療機関名及びその住所												
令和 年 月 日 から																
令和 年 月 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								
円				円				円				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																
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 年 月 日  <div style="text-align: right;"> 住所  請求者  氏名 </div>																
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 年 月 日  <div style="text-align: right;"> 職名  所属所長  氏名 </div>																

- 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。