

**入院時食事・生活療養費
保険外併用療養費 請求書**

第106条の5様式

組合員証 記号番号	記号	5	0	3	番号	1	2	3	4	5	組合員 氏名	共済 太郎	所 属 機関名	〇〇市
食 事 ・ 生活療養を 受けた者	氏名	共済 太郎					生 年 月 日	昭和・平成・令和 △△年 6月 6日			続柄	本人		
	住所	前橋市元総社町335番地の8												
(減額対象者)	標準負担額減額認定証の 交付を受け入れている場合					発行年月日	令和 △△年 12月 15日							
						長期該当年月日	令和 △△年 11月 1日							
食事療養を受 けた医療機関	名 称	△△△病院												
	所在地	前橋市大手町1-30-45												
傷 病 名	脳腫瘍					傷病の 原因	不詳							
入院期間	令和 △△年 11月 1日から 令和 △△年 11月 30日まで 30日間													
入院期間に受けた食事療養 に対し支払った標準負担額														7,500 円
請 求 金 額	入院時食事・生活療養費 保険外併用療養費					7,500 円					決 定 金 額	* 円		
											標準負担額減額認定証を 提出できなかった理由			
別紙証明書を添えて、上記のとおり請求します。 群馬県市町村職員共済組合理事長 殿 令和 △△年 12月 20日 住 所 前橋市元総社町335-8 請 求 者 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。 令和 △△年 12月 20日 職 名 〇〇市長 所属所長 氏 名 赤城 一郎														

※ 当該支払った標準負担額の領収書等を添付してください。