

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			番号			組合員 氏名		所 属 機関名	
食事・生活療養を 受けた者		氏 名			生 年 月 日 年 月 日			性 別	男 ・ 女	続 柄
(減額対象者)		住 所			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 長期該当年月日	平成 年 月 日 平成 年 月 日		
		食事療養を受 けた医療機関		名 称		所 在 地				
傷 病 名					傷 病 の 原 因					
入 院 期 間		平成 年 月 日から			平成 年 月 日まで			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									円	
請 求 金 額		入院時食事・生活療養費				円		決 定 金 額	*	円
		保険外併用療養費								
標準負担額減額認定証を 提出できなかった理由										
<p>別紙証明書を添えて、上記のとおり請求します。</p> <p>群馬県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 請 求 者 氏 名 印</p>										
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職 名 所属所長 氏 名 印</p>										
※ 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。									所属所 担当者	印