

**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 (減額対象者)	氏名	共済 太郎					生 年 月 日	昭和△△年9月10日				性 別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	続 柄	本人
	住 所	前橋市元総社町335番地の8													
	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	平成 △△ 年 12 月 15 日				長 期 該 当 年 月 日	平成 △△ 年 11 月 1 日							
食事療養を受 けた医療機関	名 称	△△△病院													
	所在地	前橋市昭和町三丁目39-15													
傷 病 名	脳腫瘍					傷 病 の 原 因									
入 院 期 間	平成 △△ 年 11 月 1 日から 平成 △△ 年 月 日まで 入院中 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														7,800円	
請 求 金 額	入院時食事・生活療養費					7,800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	標準負担額減額認定申請をしなかったため														
<p>別紙証明書を添えて、上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">群馬県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p style="text-align: center;">平成 △△ 年 12 月 20 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 前橋市元総社町335番地の8 請 求 者 氏 名 共済 太郎 (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 style="text-align: center;">平成 △△ 年 12 月 20 日</p> <p style="text-align: right;">職 名 〇〇市長 所 属 所 長 氏 名 赤城 一郎 (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)