

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 (減額対象者)	氏 名				生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	続 柄			
	住 所									
	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	月	日	長 期 該 当 年 月 日	令和	年	月
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	令和 年 月 日から 令和 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										
請 求 金 額	入院時食事・生活療養費				円	決 定 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>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 請 求 者 氏 名</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>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職 名 所属所長 氏 名</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。