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

組合員等記号・番号又は個人番号				組合員氏名	所属機関名
記号	503	番号	12345	共済　太郎	○○市
個人番号（記号・番号を記入した場合は不要）					

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・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				
	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	７，５００ 円	決定金額	＊　円		
	保険外併用療養費					
請求の理由	標準負担額減額認定申請をしなかったため					

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

請求者 住所 前橋市元総社町３３５－８
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

所属所長 職名 ○○市長
氏名 赤城　一郎

1　請求の理由は標準負担額減額認定証を提出しなかった理由等について、具体的に詳しく記入してください。
2　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。