

入院時食事療養費差額申請書

組 合 員 証	記 号	番 号	所属機関名 (市・町・村・一部事務組合等)		
			名 称		
組 合 員 氏 名			所在地		
生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日			
資格取得年月日	昭和 平成	年 月 日	資格喪失年月日	平成	年 月 日
食事療養 を受けた者	続 柄		氏 名		生 年 月 日
	*			男・ 女	昭和 平成
請 求 金 額	入院時食事療養費(差額)			円	
傷 病 名					
傷病の原因					
入 院 した 医 療 機 関 名				所 在 地	
入 院 期 間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
標準負担額証を提示 できなかった理由					
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">長野県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申 請 者 住 所 氏 名</p>					
所属所受付印	上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。				
	平成 年 月 日				
	所属機関の長			職 名 氏 名	

※印欄は記入不要です。

- 備考 1 市町村民税非課税証明書等を添付してください。
2 医療機関等の作成した診療報酬領収済明細書等を添付してください。