

入院時食事療養費差額請求書

組 合 員 等	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 令和	年 月 日	資 格 喪 失 年 月 日	令和	年 月 日
食 事 療 養 を 受 け た 者	続 柄		氏 名		生 年 月 日
		※			昭和 平成 令和
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	令和		年 月 日	～	令和
	令和		年 月 日	～	令和
標 準 負 担 額 証 を 提 示 で き な か っ た 理 由					
<p>上記のとおり請求します。</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;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">請 求 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。				
	令和 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 添付書類については、共済組合が個人番号による情報連携により、地方税関係情報を照会することに同意する場合は、所得証明書(課税・非課税証明書)の添付を省略できます。(同意書【地方税関係情報取得同意書A】を提出ください。)同意しない場合は、所得証明書(課税・非課税証明書)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。