

入院時食事療養費請求書
(標準負担差額)

組合員証等	記号		組合員		所属	
	番号		氏名		機関名	
食事療養を受けた (減額対象者)氏名				生年月日	年 月 日	性別 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 男・女
傷病名				傷病の原因		
入院期間	令和 年 月 日)		食事療養を受けた医療機関の名称及び所在地		
減額認定証を提出しなかった理由				入院期間に受けた食事療養に対し支払った標準負担額		円
				入院時食事療養費の差額の請求金額		円
上記のとおり請求します。 奈良県市町村職員共済組合理事長 殿 令和 年 月 日 住所 請求者 氏名						
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 月 日 職名 所属所長 氏名						

- (注) 1. 減額認定証を提出しなかった理由は、具体的に詳しく書いてください。
2. この請求書を提出するときは、支払った標準負担額及び標準負担額の減額の認定に関する事実を証明する書類を添えてください。