

# 入院時食事療養費(差額) 請求書

組合員証	記号		組合員	フリガナ		所属機関	名称	
	番号			氏名			所在地	
個人番号 ※			※ 組合員証記号・番号を記入の場合は不要です。					
受食 け 事 療 養 者 を	フリガナ		組合員との続柄		支払った食事療養標準負担額			
	氏名				円			
	生年月日	年 月 日生			入院時食事療養費(差額)の請求金額 円			
傷病名				傷病の原因				
食事療養を受けた医療機関の名称				所在地				
入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					日間		
限度額適用・標準負担額減額認定証を使用しなかった(提出できなかった)理由								
上記のとおり申請します。 また、熊本県市町村職員共済組合が行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律別表第二の主務省令で定める事務及び情報を定める命令第三十一条の二の二第十五号に規定する事務手続を処理するために限って、地方税関係情報について取得することに同意します。  熊本県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 請求者 住所 (組合員) 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								

＜注意事項＞

この請求書には、医療機関等の診療報酬領収済明細書(原本)等を添付してください。

共済組合使用欄(これより以下は記入しないでください。)

決定伺	課長	課長補佐	係長	係員
下記のとおり決定してよろしいか。				
※ 決定額	円			
摘要				

