

# 入院時食事療養費・入院時生活療養費・家族療養費 差額請求書

組合員氏名		組合員等 記号・番号	-	所属機関名	
療養者氏名		生年月日	年 月 日	続柄	
			年齢 ( ) 才		
傷病名		傷病の原因			
初診年月日	年 月 日	医療機関 又は薬局等	所在地 名称		
入院期間	年 月 日から 年 月 日まで	食事療養・ 生活療養に 係る支払った 標準負担額	円	請求金額	円
				療養費	円
				家族療養費	円
長期入院	非該当・該当（申請月以前の過去1年間に91日以上入院しているとき）				
限度額適用・標準負担減額認定証を 使用しなかった理由	・証の申請をしていなかったため ・その他 ( )				
備考					
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>山口県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>年 月 日 住所</p> <p>請求者 氏名（自署）</p>					
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>年 月 日</p> <p>所属所長</p>					

- 請求者(通常は組合員)が自署できない場合は、代理人が請求者氏名及び代理人氏名を連名で自署してください。  
組合員等記号・番号が不明なため該当欄に記入できない場合は、共済組合が定める「個人番号申告票」の添付に代えることができます。
- 「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における地方税関係の情報取得に係る同意書」を添付してください。
- 2の同意書を添付しない場合は、非課税証明書を添付してください。  
・入院月が8月から翌年3月までの場合は、本年度の非課税証明書  
・入院月が4月から7月までの場合は、前年度の非課税証明書
- 長期入院に該当する場合は、その事実がわかる書類を添付してください。

※共済組合 使用欄	受付印	決定してよろしいか		給種	枝番	回数	決定額
		課長	担当	(現金給付)	0		
				食事標準 負担額差額 610	1		
					2		
					3		