

事務局長	課長	課員

標準負担額差額請求書

組合員等 記号・番号		-		※決定額		円
組合員	氏名			所属機関	名称	
	生年月日	年	月		日	所在地
食事療養 減額対象者 を受けた者	氏名			性別	男・女	
	生年月日	年	月	日	組合員との続柄	
	住所					
標準負担額 減額認定証 の交付を受けている場合	発行年月日	令和	年	月	日	
	長期該当年月日	令和	年	月	日	
食事療養を受けた医療機関	名称					
	所在地					
傷病名				傷病の原因		
入院期間	令和 年 月 日から			日間		
	令和 年 月 日まで					
入院期間に受けた食事療養に対して支払った標準負担額		円				
差額の請求金額		円				
標準負担額減額認定証を提出できなかった理由						
別紙証明書を添えて、上記のとおり請求します。						
香川縣市町村職員共済組合理事長 様						
令和 年 月 日 付						
住所						
申請者 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						

- 差額の請求に係る食事療養を受けた者が組合員であるときは、「減額対象者」欄の「氏名」欄に「組合員本人」と記載してください。
- この申請書には、非課税証明書等低所得証明、入院期間、標準負担額を証する領収書を添付してください。