

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	853 - 1000	※決定額	円		
組合員	氏名	共 済 太 郎	所属機関	名称	〇〇〇市
	生年月日	昭和 50 年 1 月 1 日	所在地	〇〇〇市〇〇〇町〇〇〇番地〇〇	
者食 事療 養を 受 け た 者 )	氏名	共 済 太 郎	性別	男 ・ 女	
	生年月日	昭和 50 年 1 月 1 日	組合員との続柄	本人	
	住 所	〇〇〇市〇〇〇町〇〇〇番地〇〇			
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 〇 年 〇 月 〇 日			
	長期該当年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日			
食事療養を受 けた医療機関	名 称	〇〇病院			
	所 在 地	〇〇〇市〇〇〇町〇〇〇番地〇〇			
傷 病 名	〇〇〇〇	傷 病 の 原 因	〇〇〇〇		
入 院 期 間	令和 〇 年 〇 月 〇 日 から 令和 〇 年 〇 月 〇 日 まで	〇 日間			
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	〇〇〇〇 円				
差 額 の 請 求 金 額	〇〇〇 円				
標準負担額減額認定証を 提出できなかった理由	〇〇〇〇〇〇〇〇				
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 〇 年 〇 月 〇 日 申請者 住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇市〇〇〇町〇〇〇番地〇〇 氏名 共 済 太 郎					
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 職名 〇〇市長 所属所長 氏名 〇〇〇〇〇〇					

- 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。