

入院時食事療養費請求書

決定伺	課長	課長補佐・主幹	課員

決定額						円
-----	--	--	--	--	--	---

記号	番号	組合員氏名	所属所名			
999	99999	共済 太郎	〇〇市			
療養者氏名	共済 太郎		生年月日	昭和 平成 令和	37年 12月 1日	
			続柄	本人		
標準負担額認定証交付の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし		※ありの場合は記入のこと	発効年月日： 令和〇年 〇月 〇日		
傷病名	左アキレス腱断裂		傷病の原因	テニス中		
医療機関名	〇〇病院		所在地	〇〇市〇〇		
入院期間	令和 〇年 〇月 〇日 ~ 令和 〇年 〇月 〇日 〇日間					
入院中に支払った食事療養標準負担額	8,580 円		差額請求額	1,650 円		
標準負担額減額認定証を使用しなかった理由	緊急入院のため					
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>福岡県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p>〇年 〇月 〇日</p> <p>請求者 住所 〇〇市△△1丁目2番3号</p> <p>氏名 共済 太郎</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>〇年 〇月 〇日</p> <p>所属所長 職名 〇〇市長</p> <p>氏名 〇〇 〇〇</p>				<p>共済組合受付印</p>		

※領収書を添付してください。