

標準負担額差額請求書

| | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------|-------|-----------|--------|
| | | ※ 決定額 | | 円 | |
| 組合員氏名 職員コード | | 所属名 所属コード | | | |
| 組合員生年月日 | | 年 月 日 | | 性別 男 女 | |
| 食事療養を 受けた者 (減額対象者) | 氏 名 | | 性別 | | 男 女 |
| | 生年月日 | | 年 月 日 | | 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 | | 発効年月日 | | 年 月 日 |
| | | 長期該当年月日 | | 年 月 日 | |
| 食事療養を受けた医療機関 | | 所在地 | | | |
| | | 名 称 | | | |
| 傷 病 名 | | | | | |
| 傷 病 の 原 因 | | | | | |
| 入 院 期 間 | | 年 月 日 から | | | |
| | | 年 月 日 まで | | | |
| 入院期間に受けた食事療養に 対し支払った標準負担額 | | | | | |
| 差 額 の 請 求 金 額 | | | | | |
| 標準負担額減額認定証を提出 できなかった理由 | | | | | |
| <p>別紙証明書を添えて、上記のとおり請求します。 公立学校共済組合新潟支部長 様</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 請求者 氏名 ⑩</p> <p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 年 月 日</p> <p>〒 _____ TEL () _____</p> <p>所属所在地 所属名 所属長職氏名 職印</p> | | | | | |
| | | | | | 福利課受付印 |

- (注) 1 医療機関の領収書及び標準負担額の減額の認定に関する事実を証明する書類を添付してください。
2 ※決定額欄は記入しないでください。
3 ※日付は和暦で記入してください。