# 標 準 負 担 額 差 額 請 求 書

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 組合員の記号番号（職員番号） | 仙　市 | 組合員氏　名 | | 所　属 | |
| 対象者氏名 | | 生年月日 | □　昭和<br>□　平成　　年　　月　　日<br>□　令和 | | |
| 標準負担額減額認定証の交付を受けている場合 | 発　行　日 | 令和　　年　　月　　日 | | | |
| | 長　期　該　当　日 | 令和　　年　　月　　日 | | | |
| 傷　病　名 | | 傷病の原因 | □　交通事故など他人によるもの<br>□　公務中または通勤中<br>□　その他の病気・けが | | |
| 食事療養を受けた医療機関 | 名　称 | | | | |
| | 所在地 | | | | |
| 入院期間 | 令和　　年　　月　　日　から<br>令和　　年　　月　　日　まで　　日間 | 支払った標準負担額 | 円 | | |
| 標準負担額減額認定証を提出しなかった理由 | □　入院中などのため申請できなかった<br>□　長期該当の手続き期間中だったため<br>□　その他（　　） | | | | |

| | |
|---|---|
| 上記のとおり請求します。<br>仙台市職員共済組合理事長　様<br>令和　　年　　月　　日<br>住　　所<br>組合員　氏　　名<br>（自署又は記名押印）<br>日中連絡先<br>電話番号 | 所属所確認欄<br>（課収受印） |

【添付書類】

入院中に支払った食事療養費の金額及び入院期間を確認できる領収書等

【支給】

共済組合に登録されている口座に振り込まれます。

| 共済組合受付印 | 共済組合処理欄 | |
|---|---|---|
| | 減額前の標準負担額　　減額後の標準負担額　　食数<br>（　　－　　）×　　＝　　円<br>（　　－　　）×　　＝　　円 | |
| | 決　定　額 | 円 |