

## 標準負担額差額請求

記入例

組合員の 記号番号 (職員番号)	仙市 1234567	組合員 氏名	仙台 太郎	所属	〇〇局 △△課
対象者氏名	仙台 太郎		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 12年 1月 2日 <input type="checkbox"/> 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 7年 3月 1日			
	長期該当日	令和 年 月 日			
傷病名	インフルエンザ		傷病の原因	<input type="checkbox"/> 交通事故など他人によるもの <input type="checkbox"/> 公務中または通勤中 <input checked="" type="checkbox"/> その他の病気・けが	
食事療養 を受けた 医療機関	名称	△〇クリニック			
	所在地	仙台市〇〇区〇〇町1-1			
入院期間	令和 7年 2月 15日 から 令和 7年 3月 2日 まで 16 日間		支払った 標準負担額	21,070 円	
標準負担額減額 認定証を提出し なかった理由	<input checked="" type="checkbox"/> 入院中などのため申請できなかった <input type="checkbox"/> 長期該当の手続き期間中だったため <input type="checkbox"/> その他 ( )				
上記のとおり請求します。 仙台市職員共済組合理事長 様 令和 7年 4月 30日 住所 仙台市△△区〇〇町3-2-1 組合員 氏名 仙台 太郎 (自署又は記名押印) 日中連絡先 電話番号 内線 777-1234				所属所確認欄 (課收受印) 所属課で 文書收受印を 押印	

## 【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
	( - )	× =	円
	( - )	× =	円
	決定額		円