入院時食事療養費差額請求書

組合員証	記号	番号	所属機関名（市・町・村・一部事務組合等）		
			名称		
組合員氏名					
生年月日	昭和 平成 年 月 日		所在地		
資格取得年月日	昭和 平成 令和 年 月 日		資格喪失年月日	令和 年 月 日	

食事療養を受けた者	続柄	※	氏名	生年月日
				昭和 平成 年 月 日 令和

請求金額	入院時食事療養費（差額）	円
傷病名		
傷病の原因		
入院した医療機関名		所在地
入院期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	
標準負担額証を提示できなかった理由		

上記のとおり請求します。

長野県市町村職員共済組合理事長　様

令和　　年　　月　　日

請求者　住所

氏名

所属所受付印	上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。 令和　　年　　月　　日 所属機関の長　職名 氏名

※印欄は記入不要です。

備考

1　添付書類については、共済組合が個人番号による情報連携により、地方税関係情報を照会することに同意する場合は、所得証明書（課税・非課税証明書）の添付を省略できます。（同意書【地方税関係情報取得同意書A】を提出ください。）
　同意しない場合は、所得証明書（課税・非課税証明書）を添付してください。

2　医療機関等の作成した診療報酬領収済明細書等を添付してください。