|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受 付 印  短期請求等様式第２号 | | | | | | | | 決 裁 |  | | 次　長 | | | 課　長 | | | | 主　幹 | | | | Ｇ　Ｌ | | | 担　当 | 合　議 |
|  | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |  |  |
|
| 資格取得年月日  ※ | |  | | | | 資格喪失年月日 | | | |  | | | | | | | ※決定年月日 | | | | | |  | | | |
| **入院時食事・生活療養費請求書** | | | | | | | | | | | | | 決 定 額 | | | | | | | 円 | | | | | | |
| 組合員等 記号・番号 | ― | | | | | 組合員  氏 名 | | |  | | | | | | | | | | 所属所名 | | | |  | | | |
| 食事・生活療養を受けた者  （減額対象者） | | | 氏　名 | （※ 年 月 日認定） | | | | | | | | | | | 続柄 | | | | | | 年 月 日  続柄 | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷 病 名 | | |  | | | | | | | | | 傷病の原因 | | | | （ 詳しく記入してください ） | | | | | | | | | | |
| 食事・生活療養を  受けた医療機関 | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入 院 期 間 | | | | | 年 月 日から  年 月 日まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日間 | | |
| 入院期間に受けた食事・生活  療養に対し支払った標準負担額 | | | | | 円 | | | | | | | | | | 請求金額 | | | | | 円 | | | | | | |
| 標準負担額減額認定証を 提出できなかった理由 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり請求します。  滋賀県市町村職員共済組合理事長 殿  年 月 日 住 所  氏 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。  １　市町村民税が非課税であったことを証する書類（非課税証明書等）を添付してください。  ２　※印欄は記入しないでください。  (注)  年 月 日 職 名  氏 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |