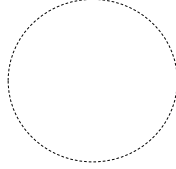


受 付 印



決 裁	事務局長	次 長	課 長	主 幹	G L	担 当	合 議

短期請求等様式第2号

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)	生年月日	年 月 日	
	住 所	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	名 称				
	所在地				
入 院 期 間	年 月 日から		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					
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>滋賀県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p>年 月 日 住 所</p> <p>請 求 者 氏 名</p>					
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>年 月 日 職 名</p> <p>所 属 所 長 氏 名</p>					

- (注) 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。