

入院時食事療養費
家族入院時食事療養費

請求書

局長	課長	係長	係	決	入院時食事療養費	※	円
課長 専決				定	家族入院時食事療養費	※	円
				額			
組合員証 記号	番号	組合員氏名		所属機関名			
食事療養を受けた者の氏名	生年月日		昭・平・令 年 月 日				
	性別		男・女	続柄			
傷病名	医療機関名 及びその住所						
傷病の原因	(1) いつ 年 月 日 (: 頃) (2) どこで (3) どのようにして 〔特定できない時は不明と記入〕						
入院期間	年 月 日 から 年 月 日まで						
食事療養負担額	請求額		入院時食事療養費	円			
			家族入院時食事療養費	円			
減額認定証の未提出理由							
上記のとおり請求します。						共済組合受付印	
鹿児島県市町村職員共済組合理事長 殿							
令和 年 月 日							
住所							
請求者							
氏名							
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。							
令和 年 月 日							
職名							
所属所長							
氏名							

注)

- ・※印欄は記入しないでください。
- ・医療機関からの領収書の原本を添付してください。