

入院時食事療養費  
家族療養費

請 求 書

決定額  
円

組合員証番号	123456	組 合 員 名 氏 名	福利太郎	請求金額	7500 円
食事療養を受けた者の氏名	福利太郎	生 月 年 日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	性 別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
傷 病 名	※傷病の名称を記入	傷 病 の 原 因	※傷病の原因となった詳細を記入	支払った標準負担額	3900 円
食事療養を受けた医療機関名	紀の国病院		所在地	和歌山市××	
入 院 期 間	平成〇〇年××月△△日 から 平成〇〇年××月△△日まで				
減額認定証を提出しなかった理由	※標準負担額減額認定書を使用しなかった理由を記入				
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>公立学校共済組合和歌山支部長 殿</p> <p>平成〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>請求者 住 所 和歌山市〇〇 福 利 太 郎 <input checked="" type="radio"/>福利 <input type="radio"/>印</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>平成〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>TEL △△△ (△△△) △△△△</p> <p>所属所名 △△小学校 校長 共済 裕司 <input checked="" type="checkbox"/>△△小学校 <input type="checkbox"/>印</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> <p>診療報酬明細書及び(レセプト)と領収書い ずれも原本を必ず添付してください。</p> </div>					