

入院時食事療養費（給付種別610）差額請求書

| | | | | | |
|---|---------------------|----------------|--------|------------------------------------|--------|
| 所属所名 | | | 所属所所在地 | | |
| 組合員等 記号番号 | - | | 組合員氏名 | | |
| 食事療養 を受けた者 | 氏名 | | | 続柄 | |
| | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 | | |
| 入院した 医療機関 | 名称 | | | | |
| | 所在地 | | | | |
| 入院期間 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | | | | |
| 限度額適用・標準負担額減額認定証を提示できなかった理由 | | | | 請求金額 | 円 |
| 当共済組合が所得に関する情報を取得することに関する同意欄(※) | | | | | |
| <p>右記の者は新潟県市町村職員共済組合が行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第19条第8号に基づく利用特定個人情報の提供に関する命令第85条に規定する事務手続を処理するために限って、当該処理に必要な年度の地方税関係情報について取得することに同意します。 なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。</p> | | | | 同意する組合員自ら署名すること。 組合員住所 組合員氏名 | |
| <p>上記のとおり請求します。 新潟県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 請求者 氏名 ㊟</p> <p style="text-align: right;">本人自ら署名する場合は、押印不要です。</p> | | | | | |
| <p>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</p> <p style="text-align: right;">職名 所属所長 氏名</p> | | | | | 所属所受付印 |

〔添付書類〕

- ・入院した期間中の領収書の原本

※ 当共済組合が所得に関する情報を取得することに同意しない場合は、入院期間当時、組合員本人が非課税であったことを示す所得証明書（市町村民税（非）課税証明書）の原本
 1月～7月入院については、その年の前年の証明書、
 8月～12月入院については、その年の証明書を添付してください。

〔注意〕

入院中に転院をしている場合は、この請求書を転院した医療機関の数だけ御提出ください。
 例：5月1日～6月30日までA病院に入院後、7月1日～9月30日までB病院に入院→2枚。

| |
|---------|
| 共済組合受付印 |
| |

| | | | | | |
|----|----|---|----|--------|----|
| 課長 | 係長 | 係 | 検印 | 処理年月 | 回数 |
| | | | | 年 月 | |
| | | | | 枝番 () | 回 |