決裁	事務局次長	課　長	課長補佐	係　長	係	決定給付額	円
						決裁年月日	
						送金年月日	

標準負担額差額請求書

記号	番号	フリガナ		所属所名（市町名）
		組合員氏名		

食事療養又は生活療養を受けた者（減額対象者）

氏名		性別	男・女	生年月日	S・H・R　年　月　日

入院期間	令和　年　月　日から令和　年　月　日まで　日間
食事療養又は生活療養を受けた医療機関	名称 所在地
傷病名	
傷病の原因	
入院期間に受けた食事療養等に対し支払った標準負担額	
標準負担額減額認定証を提出できなかった理由	
差額の請求額	

上記のとおり請求します。

令和　年　月　日

三重県市町村職員共済組合理事長　様　　組合員住所

組合員氏名

上記の記載事項は、事実と相違ないことを証明する。

令和　年　月　日

所属所長　職名

氏名

①当該支払った標準負担額の領収書を添付してください。
②標準負担額減額認定の交付を受けていない場合は、当該減額の認定に関する事実を証明する書類を併せて提出してください。