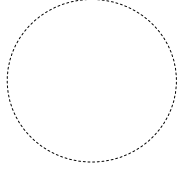


受 付 印



短期請求等様式第2号

決 裁	事務局長	次 長	課 長	課長補佐	G L	担 当	合 議

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	
組合員証 記号番号		組合員 氏 名		所属所名	
食事・生活療 養を受け者 (減額対象者)	氏 名		性 別	男 ・ 女	
	生年月日	年 月 日	組合員との続柄		
	住 所				
食事・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	年 月 日から 年 月 日まで 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 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>年 月 日 職 名</p> <p>所 属 所 長 氏 名 印</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）を添付して下さい。
 2. ※印欄は記入しないで下さい。