

# 標準負担額差額請求書

種別	登録番号
12	

●太線枠内を記入してください

所属所名		標準負担額減額認定証の交付を受けている場合	発行日 年 月 日	年 月 日
組合員氏名			長期該当 年 月 日	年 月 日
組合員番号		請求の理由		
減額対象者氏名 (食事療養を受けた者)		入院期間	年 月 日から 年 月 日まで	
対象者が被扶養者のとき 生年月日	年 月 日	続柄	入院期間中に支払った標準負担額	円
傷病名		請求金額	円	
傷病の原因		標準負担額差額	円	
医療機関名		受診年月	年 月	受診日数 日

上記のとおり請求します。

東京都職員共済組合理事長 殿  
年 月 日

退職者の場合  
電話番号 ( )

〒

住所  
請求者 氏名 印

\*請求者の「氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。

共済組合  
決定欄  
課長

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年 月 日

職名  
所属所長  
氏名 印  
担当者 電話番号

共済組合受付印

課長代理

担当

[添付書類]

- 1 領収書(写)を添付してください。
- 2 1 についての明細書(写)を添付してください。
- 3 標準負担額減額対象であることを証明する書類を添付してください。

記入例

様式第27号（第17条の2関係）

種別	登録番号
12	

## 標準負担額差額請求書

●太線枠内を記入してください

所属所名	〇〇局総務部		標準負担額減額認定証の交付を受けている場合	発行年月日	年 月 日					
組合員氏名	共済 太郎			長期該当年月日	年 月 日					
組合員番号	0	1	2	3	4	5	6	7	請求の理由	標準負担額減額認定の申請手続中であったため
減額対象者氏名 (食事療養を受けた者)	共済 太郎		入院期間	〇〇年 7月 1日から 〇〇年 7月31日まで						
対象者が被扶養者のとき 生年月日	年	月	日	続柄	入院期間中に支払った標準負担額	17,280 円				
傷病名	気管支ぜん息		請求金額	円						
傷病の原因	不 詳		標準負担額差額	円						
医療機関名	中央病院		受診年月	年	月	日	受診日数			

上記のとおり請求します。

東京都職員共済組合理事長 殿

退職者の場合  
電話番号

年 月 日

〒123-4567

請求年月日を記入

住所 新宿区中央〇-〇-〇

請求者

氏名 共済 太郎



\*請求者の「氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。

共済組合  
決定欄  
課長

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年 月 日

證明年月日を記入

職名 〇〇局総務部長

所属所長

氏名 千代田 一郎

公印

担当者 戸山 恵美子

電話番号 03-XXXX-△△△△

共済組合受付印

課長代理

担当

[添付書類]

- 領収書(写)を添付してください。
- 1についての明細書(写)を添付してください。
- 標準負担額減額対象であることを証明する書類を添付してください。