

標準負担額差額請求書

種別	登録番号
12	

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
組合員証番号	標準負担額減額認定証を提出できなかった理由		
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

●太線枠内を記入してください

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 ㊟

*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
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。

記入例

様式第27号(第17条の2関係)

標準負担額差額請求書

種別	登録番号
12	

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					
組合員証番号	0	1	2	3	4	5	6	7	標準負担額減額認定証を提出できなかった理由	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	円						
医療機関名	中央病院		受診年月	年	月	日	受診日数			

●太線枠内を記入してください

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 ()
 〒123-4567

住所 新宿区中央〇-〇-〇
 請求者 氏名 共済 太郎 (共済印)

請求年月日を記入

*請求者の「氏名」の欄は、記名押印することによって、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
 証明年月日を記入

職名 〇〇局総務部長
 所属所長
 氏名 千代田 一郎 (会社印)
 担当者 戸山 恵美子 電話番号 03-123-4567

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。