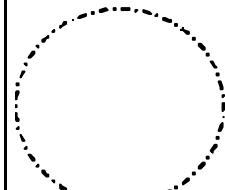


国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

様式14-1

決 裁	常務理事	事務長	課長	係長	係長	係	支給決定伺	支給決定額		入力		
									円		令和 年 月 日	
被保険者証 の記号番号	新建 一		減額 対象者	氏名				男女	組合員 との続柄		長期 入院	該当・非該当
生年月日	昭・平・令 年 月 日			個人番号								
限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を受けている者							発行年月日	平成・令和 年 月 日				
							長期該当年月日	平成・令和 年 月 日				
食事療養を受けた保険医療機関等							名称					
							所在地					
入院期間(日数) ※差額支給の対象である期間を記載すること。							令和 年 月 日から	日間				
							令和 年 月 日まで					
入院期間に受けた食事療養に対し支払った額 (標準負担額)							円					
限度額適用・標準負担額減額認定証の 交付申請又は提出ができなかった理由												
※ 食事療養費差額は支部へ送金いたしますので、詳細は所属支部にお尋ねください。							支部名			支部長印		
 上記のとおり申請します。							組合員住所					
令和 年 月 日							氏名					
新潟県建築国民健康保険組合 理事長殿							個人番号					