

国民健康保険生活療養標準負担額減額差額支給申請書

様式 14-2

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 ー		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			令 和 年 月 日			
					長 期 該 当 年 月 日			令 和 年 月 日			
生 活 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						
入院期間に受けた生活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											
※ 生活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 理事長様					個人番号						