

# 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		-		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
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 理事長様							個人番号						