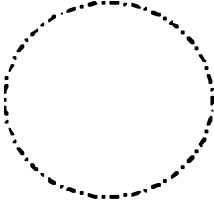


# 国民健康保険生活療養標準負担額減額差額支給申請書

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			
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							
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							
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）				令和 年 月 日まで	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。 令和 年 月 日 新潟県建築国民健康保険組合 理事長様				組合員住所				氏名				
				個人番号								