

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		
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		
<div style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; width: 80px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> 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								