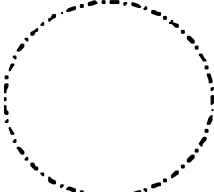


国民健康保険生活療養標準負担額減額差額支給申請書

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 円			入力		
								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
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 理事長殿					個人番号			