

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		-		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							