

# 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<br>裁  | 常務理事 | 事務長   | 課長 | 係長         | 係長 | 係 | 支給決定<br>伺   | 支給決定額<br>円 |             | 入力       |        |
|   |      |       |    |            |    |   |             | 令和         | 年           | 月        | 日      |
| 被保険者証<br>の記号番号  |      | 新建    | —  | 減額<br>対象者  | 氏名 |   |             | 男女         | 組合員<br>との続柄 | 長期<br>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<br>認定証の交付を受けている者  |      |       |    | 発行年月日      |    |   | 平成・令和 年 月 日 |            |             |          |        |
|   |      |       |    | 長期該当年月日    |    |   | 平成・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）<br>※ 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<br>（標準負担額）   |      |       |    |            |    |   |             |            |             |          | 円      |
| 限度額適用・標準負担額減額認定証の<br>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     |        |
|  <p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>新潟県建築国民健康保険組合 理事長殿</p> |      |       |    | 組合員住所      |    |   | 氏名          |            |             |          |        |
|   |      |       |    | 個人番号       |    |   |             |            |             |          |        |