

記入例(自費)

受付年月日	年	月	日				
同年月日	年	月	日	支給支払決議書			
決済年月日	年	月	日				
支給額	円						



支給期間	自	年	月	日	資格取得日	年	月	日
	至	年	月	日	資格喪失日	年	月	日
	日間				支払年月日	年	月	日

デサント健康保険組合理事長 殿

被保険者・被扶養者 療養費支給申請書

下記のとおり申請いたします。

申請日： 年 月 日

共通項目	被保険者	記号	328	被保険者の氏名	デサント 太郎								
		番号	社員番号										
	被保険者の住所			〒 〇〇〇 - △△△ 大阪市〇〇区△△ 5-1			会社名	デサントジャパン(株)					
	被扶養者に関する場合は記入			被扶養者氏名			生 年 月 日		被保険者との続柄				
	被扶養者に関する申請の場合			デサント 令子			〇 年 △ 月 □ 日		子				
	受診した医療機関名			〇〇〇病院			医師の氏名	〇〇〇 △△△					
	第三者行為によるものですか			はい ☒ いいえ	第三者行為により 負傷した時	その事実の届出有無		ある ・ ない					
							氏名						
							住所						
	振込希望先 (被保険者名義の 口座に限りです)			〇〇 ☒ 銀行 ・ 信用金庫			支店		預金種別	普通			
			銀行コード	1	1	1	1	支店コード	2	2	2	(カタカナで記入) デサント タロウ	
			口座番号	* * * * *			口座名義						
補装具の場合	傷 病 名												
	コルセット装着日			年 月 日			補装具に 要した費用		円				
全額立替払いした場合	発病又は負傷の原因 及びその経過			(どこで・何をしていた等) 北海道に旅行中に、急な体調不良で受診。その後は回復し治癒。									
	診 療 の 内 容			診察・投薬									
	診療期間			〇 年 △ 月 □ 日 ~ 〇 年 △ 月 □ 日			療養に 要した費用		〇〇〇 円				
	マイナ保険証・ 資格確認書を使用 できなかった理由			1. 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため 2. 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため 3. 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため 4. その他(☒ 旅行中でマイナ保険証を不携帯だったため)									

2024.12改定

■添付書類

補装具の場合	① 領収書(原紙)	② 医師の証明書	これらの書類を添付ください
立替払いの場合	① 領収書(原紙)	② 診療報酬明細書(レセプト)	

■上限額

支払った金額(税込で下記金額が上限)×健保負担割合

弾性着衣	・弾性ストッキング 28,000円(片足用の場合は25,000円) ・弾性スリーブ 16,000円 (2回目以降は、前回の購入から6ヶ月が経過していること)
治療用眼鏡	・治療用眼鏡の上限額:40,492円 (例)3歳の被扶養者が50,000円の治療用眼鏡を購入した場合 40,492×0.8=32,394 給付額 32,394円