



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	被保険者証 記号 番号		被保険者の氏名							
	被保険者の住所	〒 -			会社名					
	被扶養者に関する申請の場合	被扶養者氏名		生年月日		被保険者との続柄				
	受診した医療機関名				医師の氏名					
	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					
	振込希望先 (被保険者名義の口座に限ります)	銀行コード	銀行・信用金庫		支店コード	支店	預金種別	普通		
	口座番号	口座名義		(カカナで記入)						
補装具の場合	傷病名					補装具に要した費用	円			
	コルセット装着日	年	月	日						
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・何をしています等)								
	診療の内容									
	診療期間	年	月	日	～	年	月	日	療養に要した費用	円
	健康保険証を使用できなかった理由									

2024.08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
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=32,393 給付額 32,393円