

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			被保険者の氏名									
		番号												
	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					
						年 月 日								
	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							
					第三者の氏名と住所		氏名							
							住所							
	振込希望先 (被保険者名義の 口座に限ります)		銀行 ・ 信用金庫								預金 種別	普通		
銀行コード							支店コード							
口座番号						口座名義		(カカナで記入)						
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)											
	診 療 の 内 容													
	診療期間		年 月 日 ~ 年 月 日				療養に 要した費用		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()											

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
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