

記入例(補装具)

受付年月日	年	月	日				
伺 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	番号								
	被保険者の住所		〒 〇〇〇 - △△△				会社名	デサントジャパン(株)			
			大阪市〇〇区△△ 5-1								
	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				
			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				
					第三者の氏名と住所	氏名					
					住所						
補装具の場合	傷 病 名	膝関節症									
	コルセット装着日	〇	年	△	月	□	日	補装具に 要した費用	〇〇〇〇	円	
	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										
全額立替払いした場合	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)

こちらの書類を添付ください

■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