

記入例(補装具)

受付年月日	年	月	日	支給支払決議書
同年月日	年	月	日	
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

デザー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 証番号	被保険者の氏名 デザート 太郎
	被保険者の住所	〒 〇〇〇 - △△△ 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 デザート 令子	生年月日 〇年 △月 □日
	受診した医療機関名	〇〇〇病院	
	第三者行為によるものですか	はい・いいえ (いいえが選ばれる)	第三者行為により負傷した時 第三者の氏名と住所
	振込希望先	銀行コード 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	支店コード △△ 〇〇 〇〇
	傷病名	膝関節症	
補装具の場合	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
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
	健康保険証を使用できなかった理由		

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