

記入例(補装具)

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



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

共通項目	被保険者証 記号 番号	328 証番号	被保険者の氏名	デザート 太郎				印 (シャチハタ可)	
	被保険者の住所	〒 〇〇〇 - △△△ 大阪市〇〇区△△ 5-1			会社名	株式会社デザート			
	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 昭・平・令 〇 年 △ 月 □ 日		被保険者との続柄 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ます)	銀行コード	〇〇	銀行	信用金庫	支店	預金種別		普通
	口座番号	1 1 1 1	支店コード	2 2 2	(カカナで記入) デザート タロウ				
補装具の場合	傷病名	膝関節症							
	コルセット装着日	令和 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	令和 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								

■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)
------	--