

| | | | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---------|--|--|--|
| 受付年月日 | R | 年 | 月 | 日 | | | | |
| 同年月日 | R | 年 | 月 | 日 | 支給支払決議書 | | | |
| 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 | | 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：令和 年 月 日

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|------------------|----------------|---------------|-----------|-------------|-----------|----------|----|---|----------|---|
| 共通項目 | 被保険者証 | 記号 | | 被保険者の氏名 | Ⓜ (シャチハタ可) | | | | | | |
| | | 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 | | | | |
| | | | | | 昭・平・令 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 | | | | 支店 | | 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 | 令和 | 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・何をしています等) | | | | | | | | | |
| | 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) |

■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) |
|------|--|