支給決定伺			常務理事	事務長		担当
支給決定	令和　年　月　日					
支給額	法定給付	円				
	付加給付	円				
備考			取得　年　月　日			
			喪失　年　月　日			

療養費支給申請書

被保険者
被扶養者

記号・番号	－

社員番号	XXXX	被保険者氏名	健保 幸一
被保険者住所	〒111—0032　TEL 090 －448X－XXXX 東京都台東区浅草２－２２２－２０３		
被扶養者に関する申請のとき	氏名	生年月日	被保険者との続柄
	健保 美咲	平成20 年 4 月 8 日	長女
傷病名	右膝前十字靭帯損傷	発病又は負傷の年月日	令和6 年 2 月 1 日
発病又は負傷の原因	スノーボード中に転倒		
診療又は手当を受けた医療機関の名称・住所及び医師の氏名	名称	高田整形外科	医師氏名　高田 広治
	住所	台東区上野３－３０３－XXX　TEL 03 － 4098 － XXXX	
診療又は手当を受けた期間	外来	年　月　日 ～　年　月　日（　日間）	
	入院	令和6 年 2 月 1 日 ～ 令和6 年 2 月 15 日（ 15日間 ）	
診療又は手当に要した費用の額	45，870 円		
診療又は手当の内容	装具療法		
申請理由	■治療用装具・コルセットを購入した （装着日： 令和6年 2 月 25 日） □医療機関等で健康保険の資格が確認出来ずに 10 割負担で診療を受けた □その他（理由を明記） （　）	第三者行為によるものですか	いいえ・はい

給付金の受領について（どちらかご記入下さい）

■ 在職中の方	事業主に委任します。	令和6 年 3 月 3 日 被保険者氏名 健保 幸一	
□ 資格喪失後の方・在職中で給与口座以外を希望の方（振込口座記入）	銀行	口座番号	（普通）
	支店	口座名義	（カタカナ）

◎請求上の注意
輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請の時は「医師の証明書」のほかこれに要した費用の「領収書」を添付して下さい。

健保受付日付印

ディスコ健康保険組合

Rev. 2024/12