

1. 被保険者（申請者）情報

被保険者等 記号・番号								氏名	(フリガナ)
生年月日	年 月 日							電話番号(日中の連絡先)	TEL
住 所	(〒 -)								
事業所名称	黒崎播磨株式会社						所在地	福岡県北九州市八幡西区東浜町1番1号	

2. 申請内容

① 対象者氏名		被保険者 との続柄		生年月日	年 月 日	
② 傷病名					③ 発症または 負傷年月日	年 月 日
④ 発病または負傷の原因						
⑤ 第三者行為によるものですか	☐ はい ☐ いいえ		⑥ 眼鏡等に要し た費用の額	円	⑦ 眼鏡等 の領収日	年 月 日
⑧ 診療を受けた医療機関等の 名称 所在地					診療した医 師等の氏名	
⑨ 診療を受けた期間 ⑨-1 上記の期間入院していた場合は その期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		年 月 日 から 年 月 日 まで		日数	日
⑩ 診療の内容						

上記のとおり申請します。

年 月 日

被保険者住所

被保険者氏名

3. 受取代理人の欄(委任状)※退職者は記載不要

本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人(事業主)に委任します。※受取方法は給与振込(給与振込の場合、事業主が代理人となります)

年 月 日

被保険者氏名

代理人 所在地 福岡県北九州市八幡西区東浜町1番1号
名 称 黒崎播磨株式会社
氏 名 代表取締役社長 江川 和宏

※支給決定審査には2・3ヶ月かかる場合がありますので予めご了承下さい。

黒崎播磨健康保険組合(204) 2024.12

【必要添付書類】①領収書原本(受診者氏名、医師の指示日以降の領収日であること)

※レシート不可、レンズ代・フレーム代以外は支給対象外。斜視の矯正等に用いるアイパッチおよびフレネル膜プリズムについては保険適用外。
レンズ代・フレーム代が不明な場合は、購入店へ追記を依頼して下さい。

②医師の治療用眼鏡等の作成指示書（写し）

③医師の装着確認と装着後の検査結果(指示書や処方箋に記載があれば不要)

健 保 記 入 欄	治療用眼鏡 前回支給日	年 月 日		5歳未満は装着期間1年以上 5歳以上は装着期間2年以上	
	療養の原因	☐ 眼鏡 弱視眼鏡掛けがね式		☐ 眼鏡 コンタクトレンズ	
		装着日	年 月 日	備考	
	診療総額(税抜き)	給付の割合	計 算 (小数点以下切捨て)		決定額
	円	義務教育 就学前	8割	× 1.060 =	円
※支給申請額は、児童福祉法 の規定に基づく基準額 (38,200円)が上限	義務教育 就学後〜9歳	7割	× 0.8 or 0.7 =		

黒崎播磨健康保険組合

常務理事	事務長	担当者