

## 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 受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	氏名	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 発病の原因および経過(詳しく)	(該当に✓して下さい → <input type="checkbox"/> (1)病気 <input type="checkbox"/> (2)ケガ <input type="checkbox"/> (3)不明 <input type="checkbox"/> (4)その他 ) 原因および経過を必ず記入して下さい									
⑤ 第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	⑥ 療養に要した 費用の額						円		
⑦ 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					
⑧ 診療を受けた期間	年	月	日	から	年	月	日	まで	日数	日
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	日数	日
⑩ 診療の内容										
⑪ 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> (1)加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため <input type="checkbox"/> (2)資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため <input type="checkbox"/> (3)他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため <input type="checkbox"/> (4)その他[理由を記入して下さい→ ]									

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(206) 2024.12

【必要添付書類】 立替払等…①診療内容、点数、金額が記載された領収書原本 ②診療(調剤)報酬明細書原本(診療明細書や領収明細書とは異なります)

弾性着衣…①弾性着衣等装着指示書、領収書原本

健 保 記 入 欄	療養費の別	療養の原因		黒崎播磨健康保険組合			
		療養の原因	輸血回数	回	常務理事	事務長	担当者
支 給 算 出 額	1. 立替払等	療養の原因	輸血回数	回			
	2. 生血	輸血回数	種類				
	3. 弾性着衣	種類	計算(小数点以下切捨て)	決定額			
	給付の割合	1. 未就学児 8割			円		
		2. 7歳~69歳 7割					
		3. 70歳~74歳 7割・8割					