

健康保険

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書（治療用装具）

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	☐ 被保険者 ☐ 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 → ☐ (1)病気 ☐ (2)ケガ ☐ (3)不明 ☐ (4)その他) 原因(どこで何をしています)および経過を必ず記入して下さい												
⑤ 装具の購入金額	円			⑥ 第三者行為によるものですか	☐ はい ☐ いいえ								
⑦ 診療を受けた医療機関等の	名 称												
	所在地												
⑧ 診療を受けた期間	年				月	日	から	年	月	日	まで	日数	日
⑧-1 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
⑨ 装具等の装着について指示を受けた日	年			月	日	⑩ 装具装着日		年				月	日
⑪ 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(205) 2024.12

【必要添付書類】 ①医師の証明書の原本 ②作製した装具の領収書(請求書、見積書)の原本 ③靴型(足の)装具の場合は現物が確認できる装具の写真
※写真添付用台紙に貼り付けて下さい

健 保 記 入 欄	療養費の別	治療用装具	療養の原因		領収書記載の通り	1	初回支給	装着年月日	上記のとおり
			治療用装具名	2		補 修			
				3		再 交付			
	支給算出額	給付の割合		計 算（小数点以下切捨て）				決定額	
		1. 未就学児	8 割					円	
2. 7歳～69歳		7 割							
	3. 70歳～74歳	7割・8割							

黒崎播磨健康保険組合		
常務理事	事務長	担当者