

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<br>記号・番号 | 1                                 | 3 | 9  | 9 | 9   | 9 | 9                  | 氏名  | (フリガナ) ケンボ タロウ<br>健保 太郎 |
| 生年月日           | 1970                              | 年 | 10 | 月 | 1   | 日 | 電話番号(日中の連絡先)       | TEL | 999-9999-9999           |
| 住 所            | (〒 806-0002)<br>福岡県北九州市八幡西区東浜町1-1 |   |    |   |     |   |                    |     |                         |
| 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<br><input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者                                                                                                                                                | 氏名 | 健保 花子           | 生年月日                                                                | 1975 年 10 月 1 日 |     |
| ② 傷病名                                    | 左膝前十字靱帯損傷                                                                                                                                                                                                                |    |                 | ③ 発症または<br>負傷年月日                                                    | 2024 年 8 月 1 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 checked="" type="checkbox"/> (2)ケガ <input type="checkbox"/> (3)不明 <input type="checkbox"/> (4)その他 )<br>原因(どこで何をしていた)および経過を必ず記入して下さい<br>自宅で階段を踏み外し転倒して負傷。外来通院にて経過は観察中。 |    |                 |                                                                     |                 |     |
| ⑤ 装具の購入金額                                | 25,100 円                                                                                                                                                                                                                 |    | ⑥ 第三者行為によるものですか | <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ |                 |     |
| ⑦ 診療を受けた医療機関等の<br>名称<br>所在地              | 黒崎播磨整形外科<br>福岡県北九州市八幡西区東浜町2番1号                                                                                                                                                                                           |    |                 |                                                                     |                 |     |
| ⑧ 診療を受けた期間<br>⑧-1 上記の期間入院していた場合は<br>その期間 | 2024 年 8 月 20 日 から 2024 年 8 月 23 日 まで                                                                                                                                                                                    |    |                 |                                                                     | 日数              | 4 日 |
|                                          | 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                      | 2024 年 8 月 20 日                                                                                                                                                                                                          |    | ⑩ 装具装着日         | 2024 年 8 月 23 日                                                     |                 |     |
| ⑪ 診療の内容                                  | 診察、レントゲン等の検査、治療用装具の装着                                                                                                                                                                                                    |    |                 |                                                                     |                 |     |

上記のとおり申請します。

2024 年 12 月 2 日

被保険者住所 福岡県北九州市八幡西区東浜町1-1

被保険者氏名 健保 太郎

## 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)

2024 年 12 月 2 日

被保険者氏名 健保 太郎

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(205-1) 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<br>記入<br>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 | 給付の割合         |          | 2     | 補 修  |       |        |
|               | 1. 未就学児 | 8 割        |        | 計 算（小数点以下切捨て） | 3        | 再 交 付 |      |       |        |
|               |         | 2. 7歳～69歳  |        |               | 7 割      | 決定額   |      |       |        |
|               | 支給算出額   | 3. 70歳～74歳 | 7割・8割  |               | 円        |       |      |       |        |

| 黒崎播磨健康保険組合 |     |     |
|------------|-----|-----|
| 常務理事       | 事務長 | 担当者 |
|            |     |     |