

※申請書を作成される前にご確認ください。

会社のメールアドレスをお持ちの方は、社内ポータルサイト内にある、



プリマハム健康保険組合電子申請システム

より申請をお願いします。

以下の方は次ページ以降の申請書（紙媒体）をご提出ください。

- ・会社のメールアドレスをお持ちでない方
- ・長期休職中の方
- ・海外出向者の方
- ・任意継続の方

健康保険 療養費（はり・きゅう）支給申請書

本申請書に関し、電子申請の代理入力を事業主へ依頼します。

（申請者本人の署名）

《添付書類》

（1）必須

①領収証（原本）

②医師の同意書（発行日より6か月以内有効）

※初回：原本、2回目以降は写し可。

6か月を超えた場合は、同意書を取り直してください。

③施術者発行の「施術〔明細〕証明書（原本）」

（2）ケガの場合

①負傷原因届（原本）

※該当する事柄 ☐ にチェック ☒ を付けてください。

申請日 令和 年 月 日

被保険者（申請者）	記号と番号	記号	番号	生年月日
	フリガナ氏名	昭・平・令 年 月 日		
	住所	〒 — — TEL — —		
	会社名	所属名		

申請内容	受診者	☐ 本人 ☒ 家族	氏名	続柄	生年月日
	受診時年齢		発病または負傷年月日	平成・令和 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
	傷病名	☐ 神経痛 ☐ リウマチ ☐ 頸腕症候群 ☐ 五十肩 ☐ 腰痛症 ☐ 頸椎捻挫後遺症 ☐ その他（ ）			
	発病の原因及び経過	（原因及び経過） 〔 〕 ☐ 病気 ☐ ケガ⇒下記を記入し、別紙「負傷届」も提出してください。			
	ケガの場合	負傷した時間帯（状況）	☐ 勤務中 ☐ 通勤途中 ☐ 私用中 ☐ その他（ ）		
		負傷した場所	☐ 会社内 ☐ 自宅 ☐ その他（ ）		
		第三者によるものですか	☐ いいえ ☐ はい → 第三者行為の手続について後日連絡します		
	診療を受けた医療機関等について	名称			
	診療を受けた期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	日数	日	
	入院期間があれば	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	日数	日	
自費診療の理由	支払った金額	円			
診療内容	支払日	令和 年 月 日			
傷病の経過	☐ 継続中 ☐ 完了 ☐ 中断	治療用装具の装着日	令和 年 月 日		

振込先指定口座	振込先指定口座について以下いずれかを選択してください。			
	☐ ①上記において事業主経由での支給を了承しました。 ⇒ 下記振込先口座欄記載不要。			
	☐ ②上記①以外の場合、下記振込先口座について記入してください。			
	※口座名義人が遺族の場合、別途代表者選定届等の手続きが必要です。			
	※日本国内の口座のみとなります。海外送金はいりません。			
	金融機関名称		銀行・信金・信組 農協・その他	
支店名称		本店・支店 出張所・その他	支店コード	
預金種別	普通 当座	口座番号		
口座名義（カタカナ）				

【事業所担当者は以下ご対応ください】

- ①本申請書の画像をワークフロー内添付1へ添付してください。
- ②本申請書の原本を健保組合へ提出してください。
- ③領収証、医師の同意書（初回分）、施術証明書の原本を健保組合へ提出してください。
- ④領収証の画像はワークフロー内指定箇所へ添付してください。
- ⑤他提出書類でワークフロー内に指定のない場合は、添付2以降へ添付してください。

事業所
担当者