

※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（治療用装具）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領収証及び装具明細書（原本）
②装具装着に関する医師の指示書（原本）

(2) ケガの場合

- ①負傷原因届（原本）

申請日 令和 年 月 日

※該当する事柄 ☐ にチェック ☒ を付けてください。

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

申請内容	受診者	☐ 本人 ☒ 家族	家族の場合	氏名	続柄	生年月日
						昭・平・令 年 月 日
	購入時 年齢		傷病名		発病または 負傷年月日	平成 令和 年 月 日
	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 ☐
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医師の証明、領収証、装具明細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