

代理入力用

<記入例>

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)  
プリマ健保 太郎（自署）

《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 | プリマケンボ タロウ<br>プリマ健保 太郎                              |     |             |
|           | 住所     | 〒 XXX - XXXX TEL XX - XXXX - XXXX<br>●●県●●市●● ●-●-● |     |             |
| 会社名       | ●●株式会社 |                                                     | 所属名 | ●●工場        |

|         |                                                                                        |                                                                                                  |             |                                                                                                                        |            |             |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------|
| 申請内容    | 受診者                                                                                    | <input type="radio"/> 本人 <input checked="" type="radio"/> 家族                                     | 家族の場合       | 氏名                                                                                                                     | 続柄         | 生年月日        |
|         | 購入時年齢                                                                                  | ●●                                                                                               | 傷病名         | 医師の診断名を記入してください                                                                                                        | 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)<br>原因と現在の状態（治療中・完治等について記入してください）                                                        |             |                                                                                                                        |            |             |
|         |                                                                                        | <input type="radio"/> 病気 <input checked="" type="radio"/> 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） | <input type="radio"/> 勤務中 <input type="radio"/> 通勤途中 <input checked="" type="radio"/> 私用中 <input type="radio"/> その他（ ） |            |             |
|         | 負傷した場所                                                                                 | <input type="radio"/> 会社内 <input type="radio"/> 自宅 <input checked="" type="radio"/> その他（ 近所の公園 ） |             |                                                                                                                        |            |             |
|         | 第三者によるものですか                                                                            | <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> 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                                                                                               | ●●病院        |                                                                                                                        |            |             |
|         | 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 | 医師の指示により装具を購入した為                                                                       |                                                                                                  | 支払った金額      | X.XXX 円                                                                                                                |            |             |
| 診療内容    | 診察内容を記載してください                                                                          |                                                                                                  | 支払日         | 令和 年 月 日                                                                                                               |            |             |
| 傷病の経過   | <input checked="" type="radio"/> 継続中 <input type="radio"/> 完了 <input type="radio"/> 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。                                                                                             |                   |  |  |
|            | <input checked="" type="radio"/> 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。                                               |                   |  |  |
|            | <input type="radio"/> 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。<br>※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。<br>※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（協会）            |  |  |
|            | 支店名称                                                                                                                    | 主に、退職者・遺族等の記入欄です。 |  |  |
| 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

発病年月日がわからない場合、初回診療日を記載してください。

<記入例：事例を参考に記載してください。>

近所の公園で子供と遊んでいる時に転倒し、足を折った。  
治療継続中。

※原因不明の場合は、「原因不明。突然腹痛が起きた」等

健康保険 負傷原因届

被保険者（申請者）・事業主記入用

|        |        |    |
|--------|--------|----|
| 記号と番号  | 記号     | 番号 |
| 被保険者氏名 | (フリガナ) |    |

<療養費支給申請書への添付用>  
●療養費支給申請書「申請内容」の4および  
海外療養費支給申請書「申請内容」の3で  
「けが」と回答された場合は、この  
「負傷原因届」を必ず添付してください。

<記入例：事例を参考に記載してください。>

診察し、装具を装着した 等

在職者の方は、原則事業所経由での支払いとなりますので、①にチェックをしてください。