

**被保険者
被扶養者 療養費支給申請書（自費診療用）**

被保険者証の 記号・番号	記号	①事業所の 名称・所在地	名称			
	番号		所在地			
傷病名				発症又は負傷した日	令和	年 月 日
傷病の原因						
傷病の経過						
医療機関又は 薬局	医療機関名				薬局名	
	医師名				薬剤師名	
	所在地	〒			〒	
診療の内容						
診療期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (　日間)			うち 入院 (　日間) 外来 (　日間)		
診療に要した 費用の額	円			治療用装具代	円	
				装具装着日	令和 年 月 日	
療養の給付を 受けたことが できなかった理由						
第三者行為によ る負傷か否か	はい	加害者の氏名				
	いいえ	加害者の住所	〒			
被扶養者に関する 申請のとき	氏名		生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者 との続柄
(退職者のみ記入) ②振込希望銀行	銀行 支店 (普通)			口座 名義	ノリガナ	
上記のとおり申請します。						
令和 年 月 日 〒						
被保険者の 住所 (申請者) 氏名						
住友ファーマ健康保険組合理事長殿						
③ 委任状 <small>給与での給付手続き を事業主に依頼する ため必要です。</small> <small>必ず記入してください</small> <small>(任意継続被保険者・ 退職者は不要です)</small>	私は①に記載の事業所を代理人と定め、上記のとおり請求した療養費の受領に 関する権限を委任します。					
	令和 年 月 日 〒					
	被保険者の 住所 (申請者) 氏名					

添付書類：診療報酬明細書、領収書（原本）

※診療報酬明細書が入手できない場合は、領収明細（治療内容毎の診療点数が分かるものの原本）を添付

注意事項：申請書は、診療月毎、入院・外来毎に作成してください