

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
(退職者のみ記入) ②振込希望銀行	銀行			支店	口座	フリガナ		
	(普通			)	名義			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>〒</p> <p>被保険者の 住所</p> <p>(申請者) 氏名</p> <p>住友ファーマ健康保険組合理事長殿</p>								
③委任状	<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>〒</p> <p>被保険者の 住所</p> <p>(申請者) 氏名</p>							
<p>給与での給付手続き を事業主に依頼する ため必要です。</p> <p>必ず記入してください</p> <p>(任意継続被保険者・ 退職者は不要です)</p>								

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