

記入例

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	〇〇株式会社			
	番号 ****		所在地	〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号			
傷病名	高熱を伴う風邪		発症又は負傷した日	令和**年**月**日			
傷病の原因	不詳						
傷病の経過	治癒						
医療機関又は 薬局	医療機関名	▽▽病院		薬局名			
	医師名	製剤太郎		薬剤師名			
	所在地	〒***-*** 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号		〒			
診療の内容	診察、投薬						
診療期間	令和**年**月**日から 令和**年**月**日まで (1 日間) うち 入院 (日間) 外来 (1 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 受けることが できなかった理由	旅行中での発症で、保険証を携帯していなかった。						
第三者行為によ る負傷か否か	<input type="checkbox"/> はい	加害者の氏名					
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	口座 名義	フリガナ		
上記のとおり申請します。 令和**年**月**日 〒***-*** 被保険者の 住所 △△市△△町△△丁目△△番△△号 (申請者) 氏名 健保 太郎 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 事業主へ依頼する為 必要ですので、必ず 記入してください。 (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 △△市△△町△△丁目△△番△△号 (申請者) 氏名 健保 太郎						

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