

記入例

被保険者 **療養費支給申請書（自費診療用）**

被扶養者

被保険者証の 記号・番号	記号 **	①事業所の 名称・所在地	名称	○○株式会社		
	番号*****		所在地	○○市○○町○○丁目○○番○○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	〒*****-***** □□市□□町□□丁目□□番□□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 (普通)			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 <u>給与での給付手続きを</u> <u>事業主へ依頼する為</u> <u>必要ですので、必ず</u> <u>記入してください。</u> (任意継続被保険者・ 退職者は不要です)	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