

被保険者 療養費支給申請書（装具用）
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				
	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	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 (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> (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 (申請者) 氏名						

添付書類: 医師の証明、領収書(各原本)

靴型装具は当該装具の写真(患者が実際に装着する現物と確認できるもの)