

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	名称						
	番号	名称・所在地	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	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	フリガナ				
		(普通)			口座 名義				
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">被保険者の 住所 (申請者) 氏名</p> <p style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">被保険者の 住所 (申請者) 氏名</p>								
<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>									

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)