

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	平成 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	平成 年 月 日から 平成 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	平成 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) 名義									
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 印 大日本住友製薬健康保険組合理事長殿									
③委任状 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・捺印ください。 (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 印								

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