※申請書は装具1つに対して1枚必要です。

①医師の診断書もしくは証明書
②領収書（原本）
③費用の内訳がわかる明細書（上記領収書に記入されていれば不要）
と一緒に提出してください。

【記載内容の訂正方法】
訂正箇所を二重線で抹消のうえ正しい内容を記載し、訂正者の氏名（サイン）または認印を押してください。

受付年月日	年　月　日
伺年月日	年　月　日
決裁年月日	年　月　日
支給額	円

支給期間	自　年　月　日 至　年　月　日 日間

支給支払決議書			
資格取得	年　月　日		
資格喪失	年　月　日		
支払年月日	年　月　日		

本人の時は被保険者、
家族の時は被扶養者を〇で囲んでください。

被保険者
(被扶養者)

療養費支給申請書

（第　　回目）

（注意事項）
輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほかこれに要した費用の「領収書」を添付してください。

被保険者証の記号・番号	〇 第 〇〇〇〇 号	被保険者が勤務する(していた)事業所の	名称	厚木工場	電話 000-000-0000
			所在地	〒242-0026 神奈川県大和市草柳2丁目28番地	
傷病名	腰椎椎間板ヘルニア	発病又は負傷の年月日	〇〇年〇〇月〇〇日		
発病又は負傷の原因	自宅の階段を踏み外したため				
傷病の経過	現在治療中				
診療を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称	〇〇大学病院　整形外科	所在地及び電話番号	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 神奈川県横浜市〇〇区〇〇-〇〇-〇〇	
	氏名	〇〇　〇〇			
診療の内容	装具装着	診療に要した費用の額	〇,〇〇〇 円		
診療の期間	自 〇〇年〇〇月〇〇日 至 〇〇年〇〇月〇〇日　1 日間	入院の場合、左記の入院期間	自　年　月　日 至　年　月　日　日間	↑ 領収書の金額を記入	
療養が被保険者の選定に係る特別の病室の提供、その他厚生労働大臣が定める療養を含むときはその旨	↑ 領収書の日付を記入				
療養の給付を受けることができなかった理由	治療用装具を作成したため				
第三者の行為による負傷であるとき	その事実と届出の有無	該当せず	加害者の氏名		
			加害者の住所	〒	
被扶養者に関する申請のとき	氏名	日飛　太陽	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	被保険者との続柄 二男
振込希望の金融機関名	銀行 金庫 信組	店・本店 支店・出張所			
	普通 当座	口座番号	フリガナ 口座名義		

家族の時は記入してください。 ⇒

上記のとおり申請します。　〇〇年〇〇月〇〇日

被保険者の
住所　〒 〇〇〇-〇〇〇〇
横浜市〇〇区〇〇町〇-〇〇-〇
氏名　日飛　健太郎

日本飛行機健康保険組合理事長　殿　被保険者個人番号
（被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です）

療養費支給申請書に①医師の診断書もしくは証明書②領収書（原本）③費用の内訳がわかる明細書（領収書に記入されていれば不要）を添付する場合はこの用紙は不要です。

領 収（診療）明 細 書

患者氏名		傷病名		診療期間	自　年　月　日 至　年　月　日	診療実日数	日

	初　診	時間外・休日・深夜	回	点	
再診	再　診	×	回		
	外来管理加算	×	回		
	時間外	×	回		
	休　日	×	回		
	深　夜	×	回		
	医学管理				
在宅	往　診		回		
	夜　間		回		
	深夜・緊急		回		
	在宅患者訪問診療		回		
	その他				
	薬　剤				
投薬	内服 薬剤		単位		
	内服 調剤	×	回		
	屯服 薬剤		単位		
	外用 薬剤		単位		
	外用 調剤	×	回		
	処　方	×	回		
	麻　毒		回		
	調　基				
注射	皮下筋肉内		回		
	静脈内		回		
	その他		回		
処置			回		
	薬　剤				
手術 麻酔			回		
	薬　剤				

検査 病理		回
	薬　剤	
画像 診断		回
	薬　剤	
その他	処方せん	回
	薬　剤	

入院		
入院年月日		年　月　日
病	診	入院基本料・加算　点
		×　日間
		×　日間
		×　日間
		×　日間
		×　日間
		特定入院料・その他

食事・生活			
基準	円×　回	基準(生)　円×　回	
特別	円×　回	特別(生)　円×　回	
食堂	円×　日	減・免・猶・Ⅰ・Ⅱ・3月超	
環境	円×　日		
合計	円		

上記のとおり領収(診療)いたしました。　年　月　日

医療機関の名称

医療機関の所在地　〒

医師の氏名

委任状

私は、　を代理人と定め、次の権限を委任する。

年　月　日請求した 被保険者 被扶養者 療養費のうち

金　円也の受領に関すること。　年　月　日

被保険者の　住所　〒

氏名

代理人の　住所　〒

氏名

委任者と代理人との関係

振込希望の金融機関名	銀行・金庫・信組　店・本店 支店・出張所
	普通 当座　口座番号　フリガナ 口座名義

領収書

金　円也但し

うえの金額を領収いたしました。　年　月　日

日本飛行機 健康保険組合理事長　殿

受領者　住所　〒

氏名

（注意事項）

3.2.1.すでに領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消して、「診療明細書」としてください。

歯科診療の場合は、別に領収（診療）明細書を作成してください。

輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「治療のため必要と認める旨の証明書」を交付してください。この場合、左の領収（診療）明細書の記入は必要ありません。