※申請書は1件毎（医療機関別・診療月別）に１枚必要です。

①領収書の原本②診療報酬明細書（レセプト）の原本（医療機関で交付を受けてください）と一緒に提出してください。

【記載内容の訂正方法】
訂正するときは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	2 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	横浜工場　電話 045-000-0000
			所在地	〒 236-0001 横浜市金沢区昭和町３１７５
傷病名	急性胃腸炎	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	不詳			
傷病の経過	旅行中、急に胃が痛くなり気分が悪くなった。			
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	〇〇〇病院	所在地及び電話番号	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇 〇-〇〇-〇〇
	氏名	〇〇 〇〇		
診療の内容	検査、投薬など	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　〇〇日間	入院の場合、左記の入院期間		自　年　月　日 至　年　月　日　日間
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				
療養の給付を受けることができなかった理由	保険証を持たずに旅行に出てしまい、急病でやむを得ず受診したため。			
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　陽子	生年月日	〇〇 年 〇〇月 〇〇日
	被保険者との続柄	妻		
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　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領収書の原本②診療報酬明細書（レセプト）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	検査 病	回	
再診	再　診	×	回			薬　剤	
	外来管理加算	×	回		画像 診断	回	
	時　間　外	×	回			薬　剤	
	休　日	×	回				
	深　夜	×	回				
	医学管理				その他	処方せん	回
在宅	往　診		回			薬　剤	
	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		入院	入院年月日　年　月　日	
	内服 調剤	×	回			病	診
	屯服 薬剤		単位				入院基本料・加算　点
	外用 薬剤		単位				× 日間
	外用 調剤	×	回				× 日間
	処　方	×	回				× 日間
	麻　毒		回				× 日間
	調　基						× 日間
注射	皮下筋肉内		回				特定入院料・その他
	静脈内		回				
	その他		回				
処置			回		食事・生活	基準	円×　回　基準(生)　円×　回
	薬　剤					特別	円×　回　特別(生)　円×　回
						食堂	円×　日　減・免・猶・Ⅰ・Ⅱ・3月超
手術 麻酔			回			環境	円×　日
	薬　剤				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。