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 |
|---------|--------|--------|--------|-----|
| 同 年 月 日 | | 年 | 月 | 日 |
| 決裁年月日 | | 年 | 月 | 日 |
| 支 給 額 | | | | 円 |
| 支給期間 | 自 至 | 年 年 | 月 月 | 日日間 |

| 支 | 給 | 支 | 払 | 決 | 議 | 書 | |
|-------|----------|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 資格取得 | 导 | | | 年 | | 月 | H |
| 資格喪男 | ŧ | | | 年 | | 月 | H |
| 支払年月日 | 3 | | | 年 | | 月 | 日 |

本人の時は被保険者、 家族の時は被扶養者を○で囲んでください。

輸

|れに要した費用の「領収書」を添付してください。||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

0 証明

書

0

ほ

3

被保険者 被扶養者

0000

急性胃腸炎

OO

OO 年 OOF OO 日

OO 年 OOF OO 日

養費支給申請書

発病又は負

傷の年月日

話番号

入院の場合、

左記の入院期間

(第 回目)

〇〇年 〇〇月〇〇 日

2 被保険者が勤 名 電話 045-000-0000 称 横浜工場 被保険者証の 務する(してい 記号・番号 号 〒 236-0001

た)事業所の|所在地|

(注意事 項

傷

の氏名

病

病 又 は 不詳 負傷の原因

名

第

旅行中、急に胃が痛くなり気分が悪くなった。 傷病の経過

OO

000-0000 診療を受けた医 所在地 名称 ○○○病院 療機関の名称・ 及び電 所在地及び医師 ○○県○○市○○ ○-○○-○○

〇〇日間

診療の内容 投薬など 検査、

自

氏名

診療に要し 円 た費用の額

Ħ

月

日

日

日間

妻

年

年

自

至

横浜市金沢区昭和町3175

療養が被保険者 の選定に係る特

診療の期間

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 その事実 加害者の氏名 よる負傷である と届出 該当せず 加害者の住所 |〒 とき の有無

被扶養者に関 氏 牙飛 する申請のとき

生年

陽子 月日

被保険者 ○○年○○月○○日 との続柄

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

上記のとおり申請します。

〇〇年〇〇月〇〇日

住所 被保険者の

₹ 000-000 横浜市○○区○○町○-○○-○

氏名 田飛 太郎

日本飛行機健康保険組合理事長

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)

家族の時は記入して ください。

領収(診療)明細書

| 時間外・休日・深夜 回 点 検病 査理 薬 剤 回 | 患者 氏名 | | | | 傷病名 | | | | 診療 期間 | 自至 | | 月 月 | 日意日夕 | 多 療 実日数 | 日 | |
|---|------------|----|---------------------|---------------------------------------|--------------|-----|------|----------|----------|------------------|-------|--------|---------|------------|------|---|
| 特別 | | | | | | 点 | - 給病 | | | | | | • | 回 | | 1 |
| P | l . | | | | | | | ļ.,. | | | | | | | | 】 |
| 様 日 × 回回 機断 薬 剤 医学管理 日 その 型方せん 回 在 食 問 回回 の他 薬 剤 在宅地者訪問診療 日 天院年月日 年月日 本 の他 ※ 日間 内服 薬剤 単位 × 日間 外用 製剤 単位 × 日間 外用 製剤 単位 × 日間 薬 瀬方 × 回回 特定人院料・その他 整 力方 × 回回 特定人院科・その他 建立 皮下筋肉内内 回回 管 円× 回回 全 の他 回回 ・ 中定人院科・その他 円× 回回 建立 皮下筋肉内内 回回 ・ 中定人院科・その他 円× 回回 回回 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ | 再 | | | | | | | 薬 | 剤 | | | | | | | 1 (|
| 下 | 診 | | | | | | 画診 | | | | | | | 旦 | | |
| 医学管理 | n> | | | | | | 像断 | | 割 | | | | | | |] , |
| 在 在 診 回回 の 他 薬 剤 | — | | | | | | | | | | | | | Inl | | 1, |
| 在 後 | | | | | 曰 | | - | XE |) & 70 | | | | 1 | ഥ | | 7 |
| で | 在 | 夜 | 間 | | П | | | | | | | | | | | 1 |
| 花 表 の 他 網 | | | | | | | 他 | | | | | | | | | |
| A | 室 | 1 | | 療 | 日 | | | | | | | | 年 | 月 | |] { |
| 投 内服 薬剤 () 単位 () 根 瀬剤 () 瀬 () 瀬 () 八 () | - | _ | の他 | | | | | 病 | 診 入 | 、院基本料 | ・加算 | | | | 点 | 1 |
| 投 化服 薬剤 単位 外用調剤 × 東 森 書調 回 注 皮下筋肉内 回 財 そのの他 回 型 薬 剤 中 手麻 剤 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 〒 | <u> </u> | 楽 | | | 374 LL- | | 入 | | | | | | | | | ± |
| 投 电服 薬剤 外用 薬剤 外用 調剤 薬 処 方 麻 毒 調 基 単位 単位 外用 調剤 ※ 回 麻 毒 調 基 ※ 日間 特定入院料・その他 注 財 表 の 他 原院 型 薬 剤 回 日 要 剤 手麻 術幹 薬 剤 回 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 | | 内月 | | ~ | | | | | | | | | | | | ' |
| 外用 薬剤 単位 × 日間 外用 調剤 × 回 特定入院料・その他 型 | 投 | 市田 | | ^ | | | | | | | | | | | | 1 2 |
| 薬 少 方 × 回 特定入院料・その他 注 皮下筋肉内 回回 表 的 形脈 内内 已回 薬 剤 回回 日本 食堂 円× 回 特別(生) 円× 回 内× 回 食業 作別 円× 回 内× 回 内× 回 食業 作別(生) 円× 回 大き 食堂 円× 目 大き 八郎・第・1・11・3月超 円× 目 大き 八郎・第・1・11・3月超 円× 目 大き 八郎・第・1・11・3月超 円× 目 大き 八郎・第・1・11・3月超 円× 回 大き 八郎・第・1・11・11・3月超 円× 回 大き 八郎・第・1・11・11・11・3月超 円× 回 大き 八郎・第・1・11・11・11・11・11・11・11・11・11・11・11・11 | | | 落 刻 | | | | | | | | | | | | | |
| R | | 外月 | | × | | | | | 特 | 宇定入院料 | ・その他 | | | H15-3 | | 1 1 |
| 麻 毒 基 注 皮下筋肉内 回 財 その他 回 処置 薬 剤 日 手麻 面 香計 日 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 〒 | 薬 | 処 | 方 | × | П | | | | | | | | | | | Ţ |
| 注射 皮下筋肉内 静脈内内 その他 回回 処置 薬 剤 回 等身 (大) 日田 (大) <th> //</th> <td></td> <td></td> <td></td> <td>旦</td> <td></td> <td>]</td> | // | | | | 旦 | | | | | | | | | | |] |
| 注 皮下筋肉内 静脈内 そのの他 回 回 回 薬 剤 日 三 野・特別 生 食堂 円 工 活 環境 円× 回 特別(生) 円× 回 門× 日 円× 日 同 大 活 環境 日 下 大 日 下 大 日 下 大 日 下 大 日 下 大 日 下 大 日 下 大 日 下 大 日 下 大 日 下 大 日 下 大 日 下 大 日 下 大 日 下 大 日 下 大 日 下 大 日 下 大 日 下 大 日 下 大 日 下 日 下 | | | | | | | 院 | | | | | | | | | |
| 射 | 注 | | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| 処置 薬 剤 円× 回 持別(生) 円× 回 特別(生) 円× 回 特別(生) 円× 回 特別(生) 円× 回 村 大別・発・猶・I・II・3月超 円× 日 円× | | | | | | | | | | | | | | | | l |
| 事 特別 円× 回 特別(生) 円× 回 村別(生) 村別(生) 円× 回 村別(生) 村別(生) 円× 回 村別(生) 村別(生) 日 村別(生) 日 村別(生) 日 村別(生) 日< | | て | の他 | | | | | -1-1- 24 | 4. | m v | · 1=1 | # ## | (tL.) | шх | 1=1 | F |
| 新幹 薬 剤 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 〒 | 1 | | | | ഥ | | 事 | | | | | | | | | |
| 新幹 薬 剤 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 〒 | 置 | 薬 | 剤 | | | | 生生 | | | | | | | | | |
| 新藤 東 角計 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 〒 | = n/a | | | | 日 | | 活 | | | | | " | 70 70 | | 1,00 | Ī |
| 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 〒 | | | | | | | 合 | | | | | | | | ш | 1 í |
| 医療機関の名称 医療機関の所在地 〒 | 加賀 | 薬 | 剤 | | | | 計 | | | | | | | | [7] |] , |
| 医療機関の名称 医療機関の所在地 〒 | | ŀ | 上記のと、 | おり領収(診療)) | ハたしまし | た | | | | | í | Ŧ | 日 | П | | <u>- </u> |
| 医療機関の所在地・〒 | | | ∟µ ⊔ ∨ ∕ С • | | 1/2020 | /Co | | | | | | - | /1 | Н | | 1 8 |
| | 医療機関の名称 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師の氏名 | 医療機関の所在地 〒 | | | | | | | | | | | | | | | |
| □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ | | | 医師 | 5の氏名 | | | | | | | | | | | | ľ |
| | | | 四回 | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | | | | | | | | | | | |

を代理人と定め、次の権限を委任する。 私は、 日請求した 被保険者 療養費のうち 被扶養者 月 年 委 円也の受領に関すること。 年 金 月 \exists 住所 〒 任 被保険者の 氏名 状 住所・ 代理人の 氏名 委任者と代理人との関係 店・本店 銀行・金庫・信組 支店・出張所 振込希望の 金融機関名 普通 フリガナ 日座番号 口座名義 当座

金 円也但し 領 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 収 住所 書 受領者 氏名

(注 3. 2. 1.意 事

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。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」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。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。;項)

を