

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 至	年 月 日	診療日数	日
初診	時間外・休日・深夜	回	点	検査	回	
再診	再診 外来管理 時間外 休日 深夜	× × × × ×	回 回 回 回 回	検査 画像	薬 剤 回 回	
在宅	医学管理 往診 夜間 深夜・緊急 在宅患者訪問診療 その他 薬	回 回 回 回	点	その他	処方せん 薬 剤 回	
投薬	内服 外用 処方 麻調	薬 剤 調 剤 × × × ×	単位 回 単位 回 単位 回 単位 回	入院	入院年月日 病 診 入院基本料・加算 × × × × 特定入院料・その他	日 間 日 間 日 間 日 間
注射	皮下 静脈 筋肉 内 内 他	回 回 回	点	食事・生活	標準(生) 特別(生) 減・免・猶・I・II・3月超	回 回 回
処置	薬 剤	回	点	標準(生) 特別(生) 減・免・猶・I・II・3月超	円× 円× 円× 円×	回 回 日 日
手術	麻酔	回	点	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、 年 月 日請求した 被保険者 療養費のうち 被扶養者					
	金 円也の受領に関すること。 年 月 日					
	住所 〒 被保険者の 氏名 住所 〒 代理人の 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	日座番号	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 住所 〒 受領者 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器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。