

【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

- ①眼鏡等の領収書（原本）
 - ②医師の作成指示書(写)
 - ③視力検査結果が確認できる書類（医師の作成指示書に記載があれば不要）
- と一緒に提出してください。

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		

9才未満の子どもが治療用眼鏡等を作成した時

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

(第 回)

（注意事項）
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、「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
傷病名	弱視	所在地	〒 236-0001 横浜市金沢区昭和町 3 1 7 5		
発病又は負傷の原因	不詳	発病又は負傷の年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日		
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 〇〇〇〇眼科医院 氏名 〇〇 〇〇	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		
診療の内容	眼鏡による矯正	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	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	眼鏡購入の領収書の日付を記入	眼鏡購入の領収書の金額を記入			
療養の給付を受けることができなかった理由	眼鏡作成のため				
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		
被扶養者に関する申請のとき	氏名	日飛 空太	生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日	被保険者との続柄
振込希望の金融機関名	普通口座番号	口座番号	フリガナ	口座名義	
上記のとおり申請します。			〇〇年 〇〇月 〇〇日		
住所			〒 〇〇〇-〇〇〇〇		
被保険者の氏名			横浜市〇〇区〇〇町〇-〇〇-〇		
			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眼鏡等の領収書（原本）②医師の作成指示書（写）③視力検査結果が確認できる書類（医師の作成指示書に記載があれば不要）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	診療日数	日
初診	時間外・休日・深夜	回	点	検査	回					
再診	再診	×	回	薬	剤					
	外来管理加算	×	回	画診	回					
	時間外	×	回	像断	薬					
	休日	×	回		剤					
	深夜	×	回		処方せん					
	医学管理			その他	薬					
在宅	往診	回		入院	入院年月日	年 月 日				
	夜間	回			病 診	入院基本料・加算	点			
	深夜・緊急	回				×	日間			
	在宅患者訪問診療	回				×	日間			
	その他	回				×	日間			
	薬					×	日間			
投薬	内服	×	単位	院	特定入院料・その他					
	薬調剤		回							
	外用	×	単位							
	処方	×	回							
	麻調	×	回							
注射	皮下	回		食事・生活	標準(生)	円×	回			
	筋肉内	回		環境	特別(生)	円×	回			
	静脈内	回		合計	減・免・猶・I・II・3月超	円×	回			
	その他	回				円×	日			
処置	薬					円×	日			
手術	薬					円×	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 〒

医師の氏名

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 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 口座番号 フリガナ
口座名義

当座

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）

3.2.1.1. 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。