

**【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
	至	年	月
			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	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		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	入院の場合、左記の入院期間	自	年	月	日	日間
	至	〇〇年 〇〇月 〇〇日	1 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							
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				
				加害者の住所	〒			
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	三男	
振込希望の金融機関名	普通口座番号		銀行金庫信組		店・本店 支店・出張所			
			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		横浜市〇〇区〇〇町〇-〇〇-〇				
被保険者の氏名		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)								

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		処方せん							
	深夜	×	回		薬							
	医学管理			その他	入院年月日							
在宅	往診	回		入院	病	入院基本料・加算				点		
	夜間	回			診		×	日間				
	深夜・緊急	回				×	日間					
	在宅患者訪問診療	回				×	日間					
	その他	回				×	日間					
	薬剤				特定入院料・その他							
投薬	内服	×	単位	院								
	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	円	×	回	基準	円	×	回
	筋肉		回		特別	円	×	回	特別	円	×	回
	内		回	食環境	円	×	日	減・免・猶	I・II・3	月	超	
	脈		回	合計	円	×	日					
	その他		回									
処置	薬		回									
手術	薬		回									
上記のとおり領収（診療）いたしました。 <span style="float: right;">年 月 日</span>												
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、 <span style="float: right;">を代理人と定め、次の権限を委任する。</span>											
	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。 <span style="float: right;">年 月 日</span>											
	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 <span style="float: right;">店・本店</span> <span style="float: right;">支店・出張所</span>											
	普通	口座番号								フリガナ		
	当座									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。 <span style="float: right;">年 月 日</span>											
	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。