

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		

被保険者 療養費支給申請書 (第 〇〇 回目)
被扶養者

(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	第 〇〇 号	被保険者が勤 務する(してい た)事業所の 名称 所在地	電話
傷病名		発病又は負 傷の年月日	年 月 日
発病又は 負傷の原因			
傷病の経過			
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 氏名	所在地 及び電 話番号	〒
診療の内容		診療に要し た費用の額	円
診療の期間	自 年 月 日 至 年 月 日 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			
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	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	生年月日	年 月 日 被保険者 との続柄
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
上記のとおり申請します。 年 月 日			
住所 〒 被保険者の 氏名			
日本飛行機健康保険組合理事長 殿 被保険者個人番号 <input type="text"/>			
(被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です)			

領収（診療）明細書

区分

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 外来管理 時間外 休日 深夜	× × × × ×	回 回 回 回 回	検査 画像断	薬 剤 薬 剤			
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	回 回 回 回	点	その他	処方せん 薬 剤			
投薬	内服薬 外用薬 処方 麻酔	× × ×	単位 回 単位 回 単位 回 回	入院	入院年月日	年 月 日	点	
注射	皮下 筋肉 静脈 その他	回 回 回	点	入院	病 診	入院基本料・加算	× × × ×	日間 日間 日間 日間
処置	薬 剤	回	点	食事・生活	標準 特別 食堂 環境	円× 円× 円× 円×	回 回 日 日	基準(生) 特別(生) 減・免・猶・I・II・3月超
手術	麻酔薬	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

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

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、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。