

医療費給付（入院外）申請書

様式1号

（学生への注意）

1. 本人記入欄に記入のうえ、医療機関へ提出してください。
2. **1カ月分（1日～月末）**の証明を受けて、所属する各支部の学生健保共済会窓口へ提出してください。（治療が完了してからではありません）
申請書の提出期限は、**診療月の翌月から数え始めて3カ月目にあたる月の10日**（東大阪支部の場合は15日）です。
提出締切日が休日の場合は前日が締切日になります。
3. 領収書添付の際は、医療機関記入欄は、学生本人が記入してください。
4. **申請書提出時に持参するもの**

A	初めての申請・振込先や学籍番号の変更 → 学生証・健康保険証・振込口座届・預金通帳
B	2回目以降の申請 → 学生証・健康保険証

本人記入欄

学 校 名	所 属	学部・研究科・専門職	学 科 ・ 専 攻	学 年	学籍番号（ハイフン除く）
	学 部 ・ 短 大 大学院（修・前・後・専門職）				
フリガナ		性別	〒	-	TEL（ ） - 携帯（ ） -
氏名	(印) シャチハタ印不可	男・女	現住所		
該当箇所を○で囲んでください		ケガによる受診のみ記入してください（いつ、どこで受傷したか具体的に記入してください）			
<ol style="list-style-type: none"> 1. 初めて申請する 2. 振込先・学籍番号が変更になった 3. 2回目以降の申請（口座届提出済） 		<ol style="list-style-type: none"> 1. 正課中（講義・実習他） 2. クラブ活動中 3. 交通事故（領収証の原本必要） 4. その他の事故 			

医療費領収証明書

記入方法等につきましては、お手数ですが、裏面の「医療機関へのお願い」をご参照願います。

医療機関等記入欄

年 月 診 療 分											
保険医療機関（または保険薬局）											
住 所											
(印)											
医療機関名					診療科名		TEL（ ） -				
患者氏名				保 險 種 別		協・組・日・船・共・国・自費		家 族	本 人	負 担 率	
生 年 月 日 年 月 日 生				保 險 者 番 号						割	
医 科	診 療 点 数 合 計		本人からの領収額合計		当 月 の 診 療 開 始 日						
	点		円		年 月 日						
保 險 薬 局	調 剤 報 酬 合 計		本人からの領収額合計		当 月 の 診 療 ・ 施 術 実 日 数						
	点		円		日						
接 骨 院	施 術 料 合 計 (保 險 適 用 分 10 割)		本人からの領収額		傷 病 名						
	円		円		ケガによる場合の原因						
										<ol style="list-style-type: none"> 1. 正課中（講義・実習他） 2. クラブ活動中 3. 交通事故 4. その他の事故 	

健保共済会記入欄

支 部		健 保 共 済 会 本 部							
受 付 印		診 療 月		受 付 番 号		備 考		処 理 済 印	
		疾病コード		NO.					

