

# 医療費給付(入院)申請書

様式2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ヵ月分(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ヵ月目にあたる月の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・振り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 ( )	—
氏 名	男・女	現住所	携帯 ( )		
			—		
該当箇所を○で囲んでください 1. 初めて申請する 2. 振り込先・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)		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) 1. 正課中(講義・授業・実習他) 2. 正課外(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			

# 入院医療費領収証明書

## 医療機関等記入欄

年 月 診療分					
保険医療機関所在地					
医療機関名称		診療科名		TEL ( )	
患者氏名		保険種別	協・組・日・船・共・国		家族本人
生年月日 年 月 日生		保険者番号		負担率	
医 科	診療点数合計	本人からの領収額合計	当月の入院開始日 年 月 日		
	点	円	当月の入院日数 実日数 日		
領 収 額 内 訳	保険診療(自己負担分)	保険外診療(自費)	傷病名		
	円	円			
	食事療養費		ケガによる場合の原因		
	円		1. 正課中(講義・授業・実習他)      3. 交通事故 2. クラブ活動中                              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	区分・細分	処理済印
	疾病コード	NO.		ク ラ ブ	

(2014.5.000)

近畿大学学園学生健保共済会本部

◇裏面も記入してください