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に提出してください（治療が完治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	現住所	〒　－　TEL（　）　－ 携帯（　）　－
氏名	㊞ スタンプ印不可	男・女		

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）
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）	1．正課中（講義・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

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「医療機関様へのお願い」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）
所在地　㊞
医療機関名称　診療科名　TEL（　）　－

患者氏名 生年月日　年　月　日生	保険種別	協・組・日・船・共・国	家族	本人	負担率
	保険者番号				割

医科	診療点数合計 点	本人からの領収額合計 円	当月の診療開始日　年　月　日 当月の診療・施術　実日数　日
保険薬局	調剤報酬合計 点	本人からの領収額合計 円	傷病名
接骨院	施術料合計（保険適用分10割） 円	本人からの領収額 円	ケガによる場合の原因 1．正課中（講義・実習他）　3．交通事故 2．正課外（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	処理済印
	疾病コード		NO.		

近畿大学学園学生健保共済会本部

（2015.4.30,000）