

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へ提出してください(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) スタンプ印不可	男・女	現住所		-
該当箇所を○で囲んでください 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)		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・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				保 險 種 別		協・組・日・船・共・国		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 年 月 日					
	点		円		当 月 の 診 療 ・ 施 術 実 日 数 日					
保 險 薬 局	調 剤 報 酬 合 計		本人からの領収額合計		傷 病 名					
	点		円							
接 骨 院	施術料合計(保険適用分10割)		本人からの領収額		ケガによる場合の原因					
	円		円		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.		