

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 () - 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 () - (印)										
患者氏名				保 険 種 別		協・組・日・船・共・国		家 族	本 人	負 担 率
生年月日 年 月 日生				保 険 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	円				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	

(2014.5.5.000)

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

