

拓殖大学学生健康保険互助組合  
医療費給付申請書（治療用装具代）

太枠内を黒ボールペンでご記入ください。

申請日	20 年 月 日	フリガナ		<b>■申請にあたり（チェック欄のいずれかをチェック）</b> <input type="checkbox"/> 初回申請、または振込先口座の内容に変更あり （以下の書類を提出） ・振込口座確認書 ・通帳のコピー <input type="checkbox"/> 2回目以降申請
学生番号	G T	氏名		
所属／学年	学部		学科 学年	
電話番号	-		-	

受診月	20 年 月分	給付区分	<input checked="" type="checkbox"/> 医療給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> その他給付
疾病名または症状	診療チェック	分類コード ※	
	<input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科		

※該当の疾病名または症状がある場合は、4桁の数字を記入してください。

※主な疾病  
 ・骨折（1901）  
 ・捻挫・脱臼・打撲・靭帯損傷（1905）

（大学記入欄）

病院名および装具製作所名	領収書	
	枚数	金額（A）
1	枚	円
2	枚	円
3	枚	円
合計	枚	円

装具チェック	×	+	+	=
	健保給付率(b)	給付金額	給付金額計(C)	超過金額(D)
<input checked="" type="checkbox"/> 装具	保険 □0% □40% □100%	円	円	円
	外1 □0% □40% □100%	円		
	外2 □0% □40% □100%	円		
<input checked="" type="checkbox"/> 装具	保険 □0% □40% □100%	円	円	円
	外1 □0% □40% □100%	円		
	外2 □0% □40% □100%	円		
<input checked="" type="checkbox"/> 装具	保険 □0% □40% □100%	円	円	円
	外1 □0% □40% □100%	円		
	外2 □0% □40% □100%	円		

- ・月額給付上限額は医科診療 80,100 円・歯科診療 10,000 円、年間給付上限額は 100,000 円です。
- ・記載された情報は、学生健康保険互助組合の医療費給付に係わる業務に必要なものです。それ以外に利用することはありません。