

予防給付について

◆抗体検査

補助の対象となる検査

過去に一度も麻しん（はしか）にかかったことがない又は予防接種を受けて10年以上経過している学生が対象です。

◇給付限度額

抗体検査1回につき3,000円を上限とする。

◇申請窓口

5ページの申請窓口と同じ

◇申請期間

検診を受けた翌月より3ヶ月目の受付締切日まで

◇給付日

12ページと同様

◇申請方法

以下の(1)～(6)が必要になります。このうち(5)、(6)は初回申請者のみ提出が必要です。

(1)「予防給付申請書（予防接種・婦人科検診・抗体検査）」

(2)領収書（日付、宛名、麻しん抗体検査と明記、領収金額、医療機関名・住所・電話番号、領収印）

※麻しん抗体検査の記載がない場合は、「診療明細書」など検査種類がわかる書類を添付

(3)医療機関及び薬局領収書台紙

(4)学生証

(5)給付振込口座届【初めて給付申請する方、口座変更したい方のみ】

(6)銀行通帳のコピー（表紙の次ページ見開き部分）

※通帳で銀行名・支店名・口座カタカナ氏名・口座番号がわかる部分

予防給付について

記入例

受付番号 _____

拓殖大学学生健康保険互助組合
予防給付申請書（予防接種・婦人科検診・**抗体検査**）

抗体検査の記載がある領収書を添付して申請してください。

申請日	○年○月○日	フリガナ	姓/名	拓殖 花	届申請にあたり（チェック欄のいずれかをチェック） <input checked="" type="checkbox"/> 別紙申請、または届紙先口票の内容に変更あり（以下の書類を添付） ・届込口票確認書 ・届帳のコピー <input type="checkbox"/> 2回目は届紙
学生番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ 2 0 ○ ○	氏名	拓殖 花		
所属/学年	商学部		経営 学科	4 学年	
電話番号	012-3456-7890				

受診月	20 ○○ 年 ○ 月分	領収書	枚数	金額 (A)	給付区分	<input type="checkbox"/> 医療給付 <input checked="" type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> その他の給付
種類チェック、接種等名称および病名					× 被保険率等 (b)	+
<input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> 婦人科検診 <input checked="" type="checkbox"/> 抗体検査 麻しん抗体検査 麻しん抗体検査 (麻疹01類) 8 2 0 1		1枚	2,750円		+	給付金額計 (C)
<input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> 婦人科検診					+	超過金額 (D)
合計		1枚	2,750円		-	給付決定金額 (E)

下段の※分類コードを記入してください

予防接種			婦人科検診			抗体検査			
8001	麻しん	8011	HIV抗体検査 (ヒト免疫グロブリン) 女子	8021	子宮検診	8001	子宮検診	8001	麻しん抗体検査
8002	風しん	8012	梅毒	8022	造影	8002	子宮検診		
8003	M株 (麻しん・風しん2種混合)	8013	シフト剤	8023	検尿	8003	乳がん検査 (マンモグラフィ検査)		
8004	流行性下痢炎 (おたふく病)	8014	DP (シフト剤・検尿集約器具)	8024	ゼリー				
8005	DP (麻しん・流行性下痢炎・風しん3種混合)	8015	百日咳	8025	超音波				
8006	インフルエンザ	8016	DP (シフト剤・百日咳・検尿集約器具)						
8007	髄膜炎	8017	利尿薬						
8009	HIV抗体検査 (ヒト免疫グロブリン) 男・女	8018	日本酒						
8010	HIV抗体検査 (ヒト免疫グロブリン) 女	8019	A型肝炎						
		8020	B型肝炎						

※記載された情報は、学生健康保険互助組合の予防給付に係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。

申請に必要な領収書

領収書の見本

外表 領収書

患者番号 12345678 東京都文京区小石川 ○-○-○

氏名 拓殖 花 様 保険区分 自費 診療科目 内科 発行日 令和 ○年 ○月 ○日 No.0562

区分	診療科	医学管理等	在宅医療	投薬	注射	処置	手術	麻酔	検査
保険 (点)									
保険外 (円)									
区分	画像診断	リハビリ	病理診断	遺伝検査	入院料	診察料	薬剤	検査	検査
保険 (点)									
保険外 (円)									
区分	合計	負担率	患者負担率	一部負担金	食事負担金	保険負担金	選定療養費		
保険 (点)									
保険外 (円)									

品名	単料	単料種類	材料費	おむつ代等	選定療養費	検診費	請求合計額
費							2,750 円
費							(内税 250 円)

診療明細書

患者番号 12345678 東京都文京区小石川 ○-○-○

氏名 拓殖 花 様 保険区分 自費 診療科目 内科 発行日 令和 ○年 ○月 ○日 No.0562

品名	単料	単料種類	材料費	おむつ代等	選定療養費	検診費	請求合計額
費							2,750 円
費							(内税 250 円)

自費抗体検査ではあるが領収書に記載種類、内容等不明のため検査の種類のおかきもの（診療明細書、領収書や検査証明書等）を添付してください。