

## 予防給付について

学生健保では、医療費給付の他に皆さんの健康維持のため、予防接種、婦人科検診、抗体検査費用の一部を補助しています。申請の際は、何の検査、検診、予防接種を受けたかが明記されている領収証を持参してください。または、診療明細等証明できる書類を添えてください。

### ◇予防接種給付対象

給付の対象となるワクチン(下記23種類)に対して年間各種1回給付を受けることができます。

### ◇給付対象となる予防接種

分類コード	ワクチン種類	分類コード	ワクチン種類
8001	麻疹	8015	百日咳
8002	風しん	8016	DPT(ジフテリア・百日咳・破傷風3種混合)
8003	MR(麻疹・風しん2種混合)	8017	水疱瘡
8004	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	8018	日本脳炎
8005	MMR(麻疹・流行性耳下腺炎・風しん3種混合)	8019	A型肝炎
8006	インフルエンザ	8020	B型肝炎
8007	髄膜炎菌	8021	狂犬病
8009	HPV4価ガーダシル(ヒトパピローマウイルス)	8022	コレラ
8010	HPV2価サーバリックス(ヒトパピローマウイルス)	8023	黄熱
8012	破傷風	8024	ポリオ
8013	ジフテリア	8025	腸チフス
8014	DT(ジフテリア・破傷風2種混合)		



### ◇給付限度額

年間各ワクチン1本(混合ワクチンも1本とカウント) 3,000円給付上限  
医療費の年間給付限度額とは別に計算します。

### ◇申請窓口

5ページの申請窓口と同じ

### ◇申請期間

予防接種を受けた翌月より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)」  
上記分類コードも申請書に記入してください。
- (2)領収書(日付、宛名、予防接種の種類、領収金額、医療機関名・住所・電話番号、領収印)  
予防接種の種類が記載がない場合は「診療明細書」または「接種済証」など接種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

予防接種の種類の記載がある領収書を添付して申請してください。

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)**

受付番号 \_\_\_\_\_

※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	タツジキ 仔時	申請にあたり〔チェック欄のいずれかをチェック〕 <input type="checkbox"/> 初回申請、または初回以外の内容に変更あり (以下の書類を提出) ・ 感染症予防接種票 ・ 通知のメール <input type="checkbox"/> 同日昼申請
学生番号	G T ○○○○ 20○○	氏名	拓殖 一郎	
所属/学年	商学部	経営学科	2学年	
電話番号	012 - 3456 - 7890			

  

受診月	20○○年○月分	(大学記入欄)	給付区分	<input type="checkbox"/> 医療給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> その他給付
種類チェック、接種等名称および病院名	領収書 枚数 金額 (A)	× 給付率 (b)	+	給付金額 (C)
<input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> 婦人科検診 <input type="checkbox"/> 抗体検査 1 インフルエンザ ※分組コード (※枠内) <b>80006</b> 1枚 <b>2,700円</b>		保険 10% 10% 100% 外1 10% 40% 100% 外2 10% 40% 100%	+	給付金額計 (C) 円 超過金額 (D) 円 給付決定金額 (E) 円
合計: 1枚 2,700円		保険 0% 40% 100% 外1 10% 40% 100% 外2 0% 40% 100%		円 円 円

下段の※分組コードを入れてください。

※分組コード	予防接種	婦人科検診	抗体検査
8001	麻疹	8021	子宮がん
8002	風疹	8022	乳腺がん
8003	MR (麻疹・風疹混合ワクチン)	8023	乳がん
8004	流行性下痢炎 (おたふく病)	8024	卵巣がん
8005	HPV (子宮・肛門癌予防ワクチン)	8025	甲状腺がん
8006	インフルエンザ		
8007	髄膜炎		
8009	HPV4型 (子宮・肛門癌予防ワクチン)		
8010	HPV2型 (子宮・肛門癌予防ワクチン)		

記載された情報は、学生健康保険互助組合の給付に際しての業務に必要となります。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

No. 12345678

〒112-0002 東京都文京区小石川 ○○病院

TEL 03(1234)5678

No. 0562

患者番号 12345678

保険区分 **自費**

発行日 令和6年4月1日

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	リハビリテーション	病理診断	歯科矯正	入院料	管理料 (円)			
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)									

  

目	文書料	薬剤料	材料費	おむつ代等	選定療養費	健診費	請求合計額
費 (円)							2,700 円
費 (円)						2700	

## 領収書の見本

診療明細書

患者番号 12345678

診療日 令和6年4月1日 2/2

項目名	点数/金額
保険外負担 インフルエンザ 予防接種	¥2,700

No. 0562

〒112-0002 東京都文京区小石川 ○○病院  
 医療法人 ○○総合病院  
 TEL 03(1234)5678

自費予防接種ではあるが、予防接種の種類がわからないので予防接種の種類のある部分があるもの(診療明細書、領収書や検診証明書等)を添付してください。

