

# 医療費補助申請方法

申請に必要な主な書類は次の通りです。

領収証（原本）を添付してください。領収証がもらえない場合は医療機関より医療費領収証明欄に証明をもらってください。ただし文書料がかかることがあるので依頼するときに確認してください。

(医療費給付申請書兼)

**医療費領収証明書**

種類を○で囲んでください

No

★医療機関へのお願い

- 本組合は学生の相互扶助により医療費の保険適用自己負担分の一部を給付しています。医療機関発行の領収書(医療機関名、本人氏名、診療日、保険適用金額等が記載されているもの)の発行をお願いします。上記の領収書が発行できない場合は、本紙医療費の領収の証明をお願いします。
- 給付額の算定は、社会保険に準じておりますので社会保険診療報酬点数を準用してください。
- 領収金額は医療保険適用の自己負担分を記入してください。
- 文書料は本組合の趣旨をご理解いただき何卒ご配慮下さいますようお願い申し上げます。

平成 30 年 4 月 診療分	拓殖大学学生健康保険互助組合 TEL 文京03-3947-7199 八王子国際042-665-1463		
氏名	拓殖 太郎		
傷病名	副鼻腔炎		
今月の診療開始日	4 月 1 日 より 合計 2 日間 通院		
保険点数	392 点	保険適用の領収額	1,180 円
医療機関名称及び住所	東京都文京区小日向2-2-2 茗荷谷医院 TEL 03 (****) ****		

領収証

領収書

患者番号	氏名		
9999	拓殖 太郎 様		

領収書№	発行日	費用区分	負担率	本・家	区分	診療日
22222	平成**年4月1日	社保	30%	家族		平成**年4月1日

初・再診料	医学管理料	在宅医療	検査	画像診断	投薬	注射
234点	110点	0点	0点	48点	0点	0点
リハビリテーション	処置	手術	麻酔	病理診断	合計点	
0点	0点	0点	0点	0点	392点	

保険外負担			
-------	--	--	--

合計	3,920円	
負担額	1,180円	円
領収金額	1,180円	

領収印

★学生への注意事項

- 医療機関発行の領収書(医療機関名、本人氏名、診療日、保険適用金額等が記載されているもの)を添付して申請してください。上記の領収書が提出できない場合は、本人記入欄に記入捺印し、受診した医療機関に証明をお願いしてください。
- この医療費領収証明書は、受診した月の翌月から3ヶ月目の10日まで提出しなければ無効となります。
- 医療費給付は本人名義の銀行口座に振込です。初回申請または口座変更の場合は必ず医療費給付振込口座届を提出してください。

氏名	拓殖 太郎			商 学部	4 年
医療機関名	茗荷谷医院			国際ビジネス 学科	4 年
受診月	2018 年 4 月	領収書の枚数	2 枚	学生番号	1 2 3 4 5
傷病名	副鼻腔炎			新規	変更
①病気	①授業中			金融機関記入	前回と同じ
②歯科	②クラブ活動中(クラブ活動名: )			銀行	支店
③ケガ	③学校行事中			信金	出張所
	④他学校施設内での事故			口座名義人(カタカナ)	
	⑤その他 ( )			口座番号	
現住所	〒112-0001 東京都文京区白山1-1-1			提出日	平成 30 年 5 月 10 日
連絡先(携帯等電話番号)	090 (1111) 2222				

大学記入欄	保険点数	給付率	調整額	給付決定額	備考
	点	12.0%	円	円	

本人確認欄  学生証  免許証  その他

通帳見開きページ

※このページのコピーが必要です

〇〇銀行をご利用いただきありがとうございます

おなまえ タクシヨク タロウ様

口座名義

店番号と口座番号

発行日	店番	科目	口座番号
20-08-25	* 001	普通	1234567

初めて申請する時と、振込先を変更したいときは本人名義の通帳が必要です。

医療費申請書は、

1. 通院・入院・歯科・薬局
2. 婦人科検診
3. 麻疹
4. インフルエンザ予防接種

いずれも用紙が異なりますのでご注意ください。

※ここに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。

## 学生健康保険互助組合 医療費給付金・予防給付金の申請方法

医療機関等受診

学生生活課で申請

医療費補助給付

### 医療費給付受付時の注意事項

- ①診療月・診療科毎・入院・通院別に、1ヵ月分をまとめて申請してください。
- ②受付期間は、診療月の翌月から診療月の翌月から数えて3ヵ月目の月の10日迄です。  
(例) 4月診療の分は、5月1日から7月10日まで
- ③新1年生、編入生、再入学生は、入学年度の4月診療分より申請可能
- ④卒業生は、卒業する月(3月31日)までの診療を申請できます。但し、最終提出期限は卒業した月の翌月の10日迄です。
- ⑤医療費給付金及び予防給付金は原則として毎月10日締切りの翌月10日振込です。  
※8月は振込は行いません。

### 医療費給付等申請手続き

#### 申請書類

- 学生健康保険互助組合所定の申請書(医療費領収証明書・予防給付領収証明書)に必用事項を記入して提出してください。
- 医療機関発行の領収書(医療費領収証明書に医療機関から記入しない場合)。  
※医療機関発行の領収書を提出する場合は原則原本となります。但し、原本を提出できない場合は、コピーを提出のうえ、原本に「受付済」印を押印して返却します。  
※レシート、保険点数が記入されていない領収書、領収印が無いものは受付できません。  
※麻疹(予防接種、抗体検査)子宮頸ガン検診、子宮体ガン検診、乳ガン検診、インフルエンザ予防接種を申請する場合は、領収書に何の検査、検診、予防接種の種類が明記されているか、または、それを証明できる書類を添付してください。
- 学生健康保険互助組合所定の振込口座届を提出してください。  
初回または、振込先変更の時のみ
- 学生証、保険証、運転免許証等の本人確認ができるものを呈示してください。

(医療費給付申請書兼)  
医療費領収証明書

通院・入院・歯科・薬局

種類を○で囲んでください

☆医療機関へのお問い合わせ

- 本組合は学生の相互扶助により医療費の保険適用自己負担分の一部を給付しています。医療機関発行の領収書(医療機関名、本人氏名、診療日、保険適用金額等)が記載されている領収書が発行できない場合は、本紙医療費の領収の証明をお願いします。
- 給付額の算定は、社会保険に準じておりますので社会保険診療報酬点数を準用していただきます。領収金額は医療保険適用の自己負担分を記入してください。
- 文書料は本組合の趣旨をご理解いただき何卒ご配慮下さいようお願い申し上げます。

領収証を貼付するか  
医療機関に記入して頂いてください。

平成 30 年 4 月 診療分		拓殖大学学生健康保険互助組合 TEL 文京03-3947-7199 八王子国際042-665-1463	
医 療 機 関 記 入 欄	氏名	拓殖 太郎	
	傷病名	副鼻腔炎	
今月の診療開始日	4 月 1 日 より 合計 2 日間 通院	被保険者証(本人・家族) 記号 番号	
保険点数	392 点	保険適用の領収額	1,180 円
医療機関名称及び住所		特記事項(保険外診療本人負担金額等)	
東京都文京区小日向2-2-2 茗荷谷医院 TEL 03 (****) ****		茗荷谷医院	

☆学生への注意事項

- 医療機関発行の領収書(医療機関名、本人氏名、診療日、保険適用金額等)が記載されているものを添付して申請してください。上記の領収書が提出できない場合は、本人記入欄に記入捺印し、受診した医療機関に証明をお願いします。
- この医療費領収証明書は、受診した月の翌月から3ヶ月目の10日まで提出しなければ無効になります。
- 医療費給付は本人名義の銀行口座に振込です。初回申請または口座変更の場合は必ず医療費給付振込口座届を提出してください。

学 生 記 入 欄	氏名	① 拓殖 太郎		⑦ 商	学部
	1996 年 6 月 1 日生(男・女)			国際ビジネス	学科 4 年
医療機関名	② 茗荷谷医院		学生番号	③ 1 2 3 4 5	
受診月	③ 2018 年 4 月	領収書の枚数	④ 2 枚添付	⑨ 新規	変更 前(白)と同じ(金融機関記入不要)
傷病名	⑤ 副鼻腔炎		金融機関記入 銀行 支店 信金 出張所		
⑥	① 病気 ② 歯科 ③ ケガ		① 授業中 ② クラブ活動中(クラブ活動名: ) ③ 学校行事中 ④ その他学校施設内での事故 ⑤ その他 ( )		
⑩	〒112-0001 東京都文京区白山1-1-1		提出日	⑪ 平成 30 年 5 月 10 日	
現住所	連絡先(携帯等電話番号) 090 (1111) 2222				

大学記入欄	保険点数	給付率	調整額	給付決定額	備考
	点	12.0%	円	円	
					本人確認欄 <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> その他

※ここに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。

【医療費領収証明書学生記入欄】の記入例

医療費領収証明書は、  
通院・入院・歯科・薬局、婦人科、麻疹、インフルエンザ で申請書が異なります。

- 氏名・生年月日・性別に○を記入し・押印してください。  
印鑑漏れは受付をしません。
- 医療機関名を記入してください。
- 受診月を記入してください。
- 領収書の枚数を記入してください。
- 傷病名を記入してください。
- 該当するものに○をつけてください。  
1. 病気  
2. 歯科  
3. ケガ ケガをした時の状況について○をつけてください。  
大学で加入している、学研災保険の適用が可能か判断します。
- 学部・学科・学年を記入してください。
- 学生番号を記入してください。
- 金融機関は給付金の振込先となります。  
(1) 必ず本人名義の銀行口座を記入してください。  
(2) 初回のみ「新規」に○をつけて銀行名・支店名・口座名義・口座番号を記入し通帳のコピーと、医療費給付振込口座届と併せて提出してください。  
(3) 2回目以降で、前回と同じ振込先を指定する場合は、「前回と同じ」に○をつけてください。  
(4) 振込先を変える場合は「変更」に○をつけて、銀行名・支店名・口座名義・口座番号を記入し通帳のコピーと、医療費給付振込口座届と併せて提出してください。
- 現住所と携帯電話番号を記入してください。
- 提出日を記入してください。

本人確認のため学生証を窓口で呈示してください。

医療費給付金の申請書は、診療月・医療機関(診療科)・入院・通院別に  
1枚ずつ記入してください。