

医療費給付申請について

(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
1. 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
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。
2. 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。
3. 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。
4. 文書料は本組合の標準を超過した場合は別途お支払いいただきますようお願いいたします。

令和 年 月 診療分	拓殖大学学生健康保険互助組合 TEL 文部科学省 042-665-1463	
氏 名	拓殖 太郎	
傷病名	保険の種類(該当する番号を○で囲んでください) 1. 協 2. 組 3. 船 4. 共 5. 国	
今月の 診療開始日	月 日 より 合計 日間 通院	保険者番号
記 入	保険点数 点 保険適用の 領 収 額 円	保険者名称(発行機関名)
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)	
TEL ()	印	

領収書(原本)を添付
するか医療機関にて記入
していただください。
記入していただく場合は、
医療機関によって文書料が
かかる場合があります。

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

保 険	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

☆学生への注意書き
1. 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。
2. 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。
3. 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	氏 名	拓殖 一郎	○○ 学部 ○○ 学科 ○ 年
記 入	医療機関名	■■■■■ 医院	学生番号 G 9 9 9 9 9 2 0 9 9
現 状	受診月	令和 3 年 4 月	領収書の枚数 1 枚添付
傷病名	△△△		
*該当するものを○で囲んでください(学研災適用の可否)			
① 病気	①授業中		
2. 歯科	②クラブ活動中(クラブ活動名:)		
3. ケガ	③学校行事中 ④その他学校施設内での事故		
	⑤その他 ()		
現住所	〒112-8585 東京都文京区小日向○丁目○番○号 連絡先(携帯等電話番号) 000 (00) 0000		
提出日	令和 3 年 5 月 1 日		

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

※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。

医療費給付申請書は、

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

いずれも用紙が異なりますのでご注意ください。

通帳のコピー

初めて申請する時と、振込先を変更したいとき**本人名義**の通帳が必要です。

※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

口座名義
おなまえ タクシヨク タロウ様

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

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

〈 申請書類 〉

1. 領収書を添付した医療費領収証明書または予防給付領収証明書（インフルエンザ・麻疹）、精密検査申請書（該当する申請書に記入例を参考にご記入ください。）
2. 医療費給付振込口座届（本人名義の銀行通帳を持参または、コピーを添付。）
【初めての方、口座を変更したい方のみ】
※窓口で学生証を呈示してください。

〈 医療費給付申請時の注意事項 〉

- 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。
- 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
- 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
- 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。
- 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月は振込を行いません。
- 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。

(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

No

☆医療機関へのお問い合わせ

1. 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。
2. 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。
3. 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。
4. 文書料は本組合の職員が回収いたしますのでお持ち込みをお願いします。

医療機関 記入欄	令和 年 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				被保険者証(本人・家族)			
	傷病名				記号 番号			
	今月の診療開始日 月 日 より 合計 日間 通院				保険の種類(該当する番号を○で囲んでください) 1. 協 2. 組 3. 船 4. 共 5. 国			
	保険点数 点 保険適用の領収額 円				保険者番号			
	医療機関名称及び住所				保険者名称(発行機関名)			
	TEL ()				特記事項(保険外診療本人負担金額等)			
	印							

☆学生への注意事項

1. 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。
2. 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。
3. 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 拓殖 一郎 ①		○○ 学部 ⑦	
	○○○○ 年 ○ 月 ○○ 日生(男・女)		○○ 学科 ○ 年	
	医療機関名 ■■■■ 医院 ②		学生番号 G T 9 9 9 9 2 0 9 9 ⑧	
	受診月 ③ 令和 3 年 4 月 領収書の枚数 ④ 1 枚添付		金 融 機 関 ⑨	
	傷病名 △△△ ⑤		銀行 支店 ⑩	
	本該当するものを○で囲んでください(学研災適用の可否)		口座名義人(カタカナ)	
	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 ()		口座番号(右詰で記入)	
	現住所 〒112-8585 東京都文京区小日向○丁目○番○号 ⑩ 連絡先(携帯等電話番号) 000 (00) 0000		提出日 令和 3 年 5 月 1 日 ⑪	

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

※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。

- ①氏名・生年月日・性別に○を記入してください。
- ②医療機関名を記入してください。
- ③受診月を記入してください。
- ④領収書の枚数を記入してください。
- ⑤傷病名を記入してください。
- ⑥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。

- ⑦学部・学科・学年を記入してください。
- ⑧学生番号を記入してください。
- ⑨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を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○を付けてください。
(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を併せて提出してください。

⑩現住所と携帯電話番号を記入してください。

⑪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。

記入方法等で不明な点は、学生生活課の窓口でお尋ねください。

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。