

予防給付

予防給付領収証明書(麻疹)

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。

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042-665-1463			
	氏名				被保険者証(本人・家族)			
					記号		番号	
	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. 日 4. 船 5. 共 6. 国			
	今月の診療開始日		月	日	より		合計 日間 通院	
	抗体検査		円	領収額		円		
	予防接種		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)			
					印			
	TEL ()							

☆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		年 月 日生(男・女)		学部		学科		年		
	抗体検査 <input type="checkbox"/>		いずれかにチェックをしてください。		学生番号		G			2	0
	予防接種 <input type="checkbox"/>				金		新規	変更	前回と同じ (金融機関記入不要)		
			金融機関		銀行		支店				
					信金		出張所				
口座名義人 (カタカナ)											
現住所		〒		口座番号 (右詰で記入)				提出日			
				連絡先(携帯等電話番号) ()				令和 年 月 日			

大学記入欄	保険点数	給付率	調整額	給付決定額	備考
	点		円	円	麻疹 030

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。