

医療費給付申請書 (月別・医療機関別・傷病別に作成願います)

＜医療機関 記入欄＞

患者(学生)氏名		様	西暦	年	月	診療分		
領収内容	通院	当月診療初日	月	日	入院	入院開始日	月	日
		当月診療最終日	月	日		退院日	月	日
		当月診療実日数	日	間		当月入院実日数	日	間
	保険診療点数	点	負担割合	%	保険診療点数	点	負担割合	%
	健康保険適用の 自己負担金	円	健康保険適用の 自己負担金	円				
	保険外負担金	円	食事負担金	円				
保険外 診療費・薬剤一部負担金	円	保険外負担金	円					
保険外 文書代	円	保険外 診療費・薬剤一部負担金	円					
その他 (容器、他諸費等)	円	その他 (文書、容器、他諸費等)	円					

上記の合計金額領収しました。

西暦 年 月 日 所在地 及び医療機関名

TEL (- -)

必ず押印
願います ↓
印

【医療機関へのお願い】

- ◎貴機関発行の領収書に、医療機関名・印・住所、患者名、領収金額明細(診療点数、金額、負担割合等)が記載されている場合はその領収書で申請・処理可能なため、この用紙の赤枠内の記入は不要です。
- 1 診療は現行の社会保険に準じ、その診療明細の算定も社会保険診療報酬点数表を準用してください。
- 2 この領収書は医療給付の査定に使用しますので領収明細(保険適用内容)を必ずご記入願います。

＜以下、会員記入欄＞

* 太枠内ボールペンで記入	傷病発生 の状況等 (○でかこむ)	授業中・部活中・休み時間・学内行事・通学中(往路・復路)・その他()					事務局記入欄
	傷病名 (病名または症状等)	一般 (持病・日常生活での病気・怪我等)					受付日
	地域共創学群	専攻	年	学籍番号	ふりがな	入院 × 2/3	
	大学院	年	氏名		通院		
	所属クラブ(サークル)		生年月日	西暦	年 月 日 (満 歳)	* 病名分類コード C-	
	現住所	札幌市 区 市・町	電話番号[※必ず記入のこと]				
	振込銀行	学生本人名義の普通預金口座 [通帳 又は カードを毎回確認します] ある場合○印→ 前回と口座変更あり					
	銀行名	北洋銀行	支店	支店番号(3桁)		口座番号(7桁)	
	印	北海道銀行	(出張所)				
		北陸銀行					

【注意事項】

- HPの『学生医療互助会』を参照のこと。
- 申請書は、月ごと・医療機関ごと・傷病ごとに作成し、医療機関発行の領収書を必ず添付し、提出願います。領収書は、コピー可。
(領収書を添付する場合、医療機関の赤枠内の記入不要です。)
※月内で同じ医療機関・同じ傷病の場合、申請書は1枚で可。
 - 学生証・口座名と口座番号が確認できるもの(通帳かカード)を持参の上、受付期間内に医療互助会受付(学務部内 証明書コーナー)へ提出願います。
 - 振込先銀行は、北陸銀行・北海道銀行・北洋銀行の本人名義の普通口座に限定しています。
 - 医療給付金は、各月指定日(HPの「学生医療互助会」参照)に届出銀行口座に振り込みされるので、各自で確認願います。1円以下は切り捨てになります。

事務局記入欄	
期間	日数
/ ~	日
給付額	
* 口座変更あり	[前回] (洋・道・陸)
処理月	処理NO
	-

札幌大学学生医療互助会
TEL 011-852-9177 (学生課)

《個人情報に関する取り扱いについて》

当会では、皆さんから取得した個人情報(氏名・住所・生年月日・銀行口座名・銀行口座番号等)については、厳重に管理するとともに、指定銀行への振込資料作成等、職務上必要な範囲において利用します。