

医療費給付申請書<治療院・整骨院・接骨院・鍼灸院専用>

<治療院・整骨院・接骨院・鍼灸院 記入欄>

患者(学生)氏名		様	施術年月日 (月別に作成願います)	
領収内容	患者負担割合	%	西暦	年 月 日 施術分
	保険分合計	円	期間	日 ~ 日
	① 一部負担金	円	施術日	
	② 保険外	円	合計	日分
	合計金額(①+②)	円	施術内容(保険内)	
上記の合計金額領収しました。				
西暦 年 月 日		所在地及び施術所名	必ず押印願います ↓	
		TEL (- -)	印	

【治療院・整骨院・接骨院・鍼灸院の担当の方へ】

- ◎ 貴院発行の領収書に、医療機関名・印・住所、患者名、領収金額内容明細(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、この用紙の青枠内の記入は不要です。
- 1 月単位で記入する際は、施術日、合計日数、施術内容(保険内)等の記入を願います。
 - 2 この申請書は医療費給付の査定に使用しますので、領収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 通学路(往・復)・その他() 一般(持病・日常生活での病気・怪我等)	健康保険証 [毎回確認します]		事務局記入欄
	病名 (病名または 症状等)		提示しました。(学生記入)	チェック欄	受付日
	地域共創学群	専攻 年	事務局で確認しました。	チェック欄	入院 × 2/3
	短大	学科 年	ふりがな		通院
	その他()		氏名	必ず押印 印	
	所属クラブ(サークル)		生年月日	西暦 年 月 日	* 病名分類コード
	現住所	札幌市 区 市・町	電話番号[※必ず記入 携帯可]		C-
	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 北海道銀行 北陸銀行	支店番号(3桁)	口座番号(7桁)	
		支店(出張所)			

【注意事項】

HPの『学生医療互助会』参照のこと。

- 申請書は、月ごと・治療院ごと・傷病ごとに作成し、治療院等発行の領収書(保険分金額が分かるもの)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、医療機関の青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・健康保険証・印鑑・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(学生支援課内)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ます。各自で確認願います。

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 011-852-1181 (代)

≪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・保険証番号・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提出等、職務上必要な範囲において利用します。