

医療費給付申請書

下記のとおり、医療費の給付の申請をいたします。

学生記入欄 A	申請	令和 年 月 日 ()		
	所属	_____ 学部 大学院 _____ コース _____ 学科 _____ 年		
	フリガナ氏名	(印)	学籍No.	
	住所	〒 _____ Tel(携帯) _____ - _____		

◎申請時には記入欄AとBの太枠のみ記入すること

令和 年 月分		
※同じ病院・薬局が複数回の場合、1行にまとめて記入してください。		
	病院・クリニック・歯科・薬局名	領収書枚数
医科	① _____	
	② _____	
	③ _____	
歯科	④ _____	
	⑤ _____	
	⑥ _____	
薬局	⑦ _____	
	⑧ _____	
	⑨ _____	

◎大学担当者記入欄

前月までの給付額累計 <年間最高給付額100,000円>		
今月の保険適用自己負担金 <1医療機関36,000円以下>	給付額:左の6割 <1医療機関21,600円以下>	給付額の計
① _____ 円	_____ 円	医科:①+②+③=A
② _____ 円	_____ 円	_____ 円
③ _____ 円	_____ 円	
④ _____ 円	_____ 円	
⑤ _____ 円	_____ 円	歯科:④+⑤+⑥=B
⑥ _____ 円	_____ 円	_____ 円
⑦ _____ 円	_____ 円	
⑧ _____ 円	_____ 円	
⑨ _____ 円	_____ 円	薬局:⑦+⑧+⑨=C
		_____ 円

◎記入欄Cは給付金受領時に記載すること

学生記入欄 C	金 _____ 円也を領収しました。
	令和 年 月 日
	氏名 _____ (印)

A+B+C= _____ 円 …ア

- ・ア ≤ 50,000円ならば、それが給付決定額となる。
- ・ア > 50,000円ならば、決定給付額は50,000円となる。

◎ 当月の決定給付額 <月間最高給付額50,000円>

_____ 円

◆申請書の書き方と申請時の注意事項

- 本申請書は、1ヶ月に1回、その月分をまとめて記入し、必ず領収書の原本またはコピーを添付して下さい。
※領収書は、氏名・診療年月日・医療機関名称・医療機関の領収印・保険診療点数・領収額(自己負担額)が記載されたものに限りです。
- 申請時には学生記入欄のAとBを、給付金受領時には学生記入欄Cを記載して下さい。
- 月間最高給付額は50,000円、年間最高給付額は100,000円です。
- 本申請書は、医療機関等を受診した月の翌月の締め日までに提出して下さい。申請書は一ヶ月分づつ分けて提出して下さい。
本申請書は診療月より3か月以内に提出して下さい。それより前の申請は受付できません。
- 医療費給付申請書の提出は、原則毎月10日が締め切りです。10日が土日、祝日の場合は前日になります。
- 年度をまたいで申請はできません。ただし、4月締切分の申請の場合のみ前年度分の申請が可能です。
- 給付金支払いは、毎月22日から月末です。(22日が土日、祝日の場合は23日からになります)
FUTタワー1階の出納窓口にてお受け取り下さい。※日曜日、祝祭日、学園休業日、学生の夏・冬季の休業期間を除く
- 給付金受け取り時は、受取券・学生証・印鑑を必ずご持参下さい。

◆令和6年度4月分以降申請より、還元率が7割から6割に変更になりました。

◎本申請書に記入いただいた個人情報は、医療費給付処理に利用するのみで、それ以外には一切利用しません。

福井工業大学学生健康保険組合