

● 赤枠のみ記入してください。
 なお、※欄は記入しないこと。

医療費請求書(甲種用)

様式第1号の3

平成 年 月度

福井工業大学学生健康保険組合

組合員 (学生本人) 記入欄	下記の医師の記入に基づき医療費の給付を請求します。				理事長	副理事長	理事	係	受付	
	平成 年 月 日								月 日	
	氏名 (印) 男女				下記の通り請求があったので給付してよろしいか伺います。					
	大学院・工学部				10円× (点) = 円のうち					
	学科 専攻 年				円×100分の30 = 円					
	学生証番号 - -				円×100分の20 = 円					
	現住所 携帯 - -				合計 円に対して 円					
	住居別 自宅・寮・下宿・その他()				前回までの給付額累計 円					
	※ 金 円也を領収しました。 平成 年 月 日 氏名 (印)				※ 今回の給付決定額 円					
					自己負担割合 割					
※ 組合員 記入欄	診察料	初診・時間外・深夜		点	診療料	初診・時間外・深夜		円		
		再診・指導 往診		計 点		再診料		円		
	投薬料等	投薬料等・注射等 処置等・その他		計 点	投薬料等	指導管理料		円		
						投薬料		円		
						注射料		円		
	入院料	入院年月日	年 月 日	入院料	処置及び手術料		円			
		自 月 日、至 月 日			検査料		円			
		入院料(室料・看護料・給食料)			レントゲン料		円			
		食有・食無・特食等			その他		円			
	合計	入院時医学管理料 及びその他		点	入院料	入院年月日	年 月 日			
合計 点		円	入院料(室料・看護料・給食料)			点				
内社会保険等への請求額		円	食有・食無・特食等			点				
※ 医師等 記入欄	傷病名	①		診療期間	自 年 月 日		診療 実日数	日	合計	円
		②			至 年 月 日				社会保険等負担額	円
		③							医療機関への支払い額	円
	利用した 社会保険 管掌別	国・共・政・組・日・船・自		※ 公立病院・医科大学付属病院等の医療機関を利用した場合、必ず領収書(コピー可)を添付して提出すること。						
備考										